

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
INDOAMÉRICA**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA
SALUD**

CARRERA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

TEMA:

**“LA DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EN EL RENDIMIENTO
ACADÉMICO DE ADOLESCENTES DEL CICLO BÁSICO DE LA
UNIDAD EDUCATIVA TÉCNICA MITAD DEL MUNDO DE LA CIUDAD
DE QUITO DURANTE EL AÑO 2017”**

**Trabajo de investigación previo a la obtención del Título de Psicólogo
General de la Universidad Tecnológica Indoamérica. Modalidad Proyecto de
Investigación.**

Autor:

Ubillús Castañeda Santiago Patricio

Tutora:

Ps.cl Pérez Vega Doris Jaqueline M.Sc

Quito - Ecuador

2018

APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Pérez Vega Doris Jaqueline, en mi calidad de tutor del trabajo de titulación nombrado por el Comité Curricular de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud de la Universidad Tecnológica Indoamérica:

Certifico:

Que el Trabajo de Titulación **“LA DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL RENDIMIENTO ACADÉMICO DE ADOLESCENTES DEL CICLO BÁSICO DE LA UNIDAD EDUCATIVA TÉCNICA MITAD DEL MUNDO DE LA CIUDAD DE QUITO DURANTE EL AÑO 2017”**, desarrollado por Ubillús Castañeda Santiago Patricio, estudiante de la Carrera de Psicología para optar por el Título de Licenciatura en Ciencias Psicológicas ha sido revisado en todas sus partes y considero que dicho informe investigativo, reúne los requisitos técnicos, científicos y reglamentarios, para ser sometido a sustentación pública y evaluación por parte del tribunal Examinador.

Quito, de enero del 2018

Ps.cl. Doris Jaqueline Pérez Vega M.Sc

1709917189

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

El abajo firmante, en calidad de estudiante de la Carrera de Ciencias Psicológicas, declara que los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de su persona como autor de este Trabajo de Titulación.

Quito, de Enero del 2018

Santiago Ubillús Castañeda

1718364035

**AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA,
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN
ELECTRÓNICA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Yo Santiago Patricio Ubillús Castañeda, declaro ser autor del Proyecto de Tesis titulado “La depresión y su relación con el rendimiento académico en adolescentes del Ciclo Básico de la Unidad Educativa Técnica “Mitad del Mundo”, de la ciudad de Quito durante el año 2017”, como requisito para optar al grado de Psicólogo General, autorizo al Sistema de Bibliotecas de la Universidad Tecnológica Indoamérica, para que con fines netamente académicos divulgue esta obra a través del Repositorio Digital Institucional RDI-UTI.

Los usuarios del RDI-UTI podrán consultar el contenido de este trabajo en las redes de información del país y del exterior, con las cuales la Universidad tenga convenios. La Universidad Tecnológica Indoamérica no se hace responsable por el plagio o copia del contenido parcial o total de este trabajo.

Del mismo modo, acepto que los Derechos de Autor, Morales y Patrimoniales, sobre esta obra, serán compartidos entre mi persona y la Universidad Tecnológica Indoamérica, y que no tramitaré la publicación de esta obra en ningún otro medio, sin autorización expresa de la misma. En caso de que exista el potencial de generación de beneficios económicos o patentes, producto de este trabajo, acepto que se deberán firmar convenios específicos adicionales, donde se acuerden los términos de adjudicación de dichos beneficios.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Quito, a los 16 días del mes de enero de 2018, firmo conforme:

Autor: Santiago Patricio Ubillús Castañeda

Firma

1718364035

De los hemisferios S1-158 y Equinoccial

zantiagolivevip@live.com

0998098646

APROBACIÓN TRIBUNAL

El trabajo de Investigación, ha sido revisado, aprobado y autorizada su impresión y empastado, sobre el Tema: “LA DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL RENDIMIENTO ACADÉMICO DE ADOLESCENTES DEL CICLO BÁSICO DE LA UNIDAD EDUCATIVA TÉCNICA MITAD DEL MUNDO DE LA CIUDAD DE QUITO EN EL AÑO 2017”, previo a la obtención del Título de Psicólogo General, reúne los méritos suficientes para ser sometido a disertación pública.

Para constancia firman:

.....

.....

.....

Quito,.....2018

DEDICATORIA

Este trabajo investigativo está dedicado a Dios, por guiarme y bendecirme en todo momento, a mis padres por su cariño, sostén y protección incondicional, y a mi maravillosa familia cuyo amor inigualable me ha llenado de felicidad desde muy pequeño, finalmente a todos mis maestros, por su capacidad, sacrificio y enseñanzas.

Santiago

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer primero a Dios, que con su guía me ha permitido cumplir una de mis metas. A mis padres, Sixto y Mariani que con su apoyo incondicional me han inculcado valores de respeto y responsabilidad. A mis maravillosas tías Margarita, Carmita, Teresita y Pastorita siempre pendientes, generosas y creyentes en nuestro Señor, junto a él alcanzaré todo lo que me proponga.

Santiago

INDICE DE CONTENIDOS

PREMILINARES

APROBACION DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACION	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	iii
APROBACIÓN TRIBUNAL	v
INDICE DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
INTRODUCCION	1
EL PROBLEMA	3
Contextualización.....	3
Macro.....	3
Meso	5
Micro	7
Antecedentes	9
Contribución.....	11
CAPITULO I	13
MARCO TEÓRICO.....	13
LA DEPRESIÓN	13
Breve historia	14
Etiología	15
Tipos de depresión.....	18
Sintomatología y Prevención.....	20
Estado de ánimo disfórico	23
Ideas de autodesprecio.....	23
Comorbilidad entre depresión y diferentes enfermedades	24
Neurotransmisores y depresión	26
EL RENDIMIENTO ACADÉMICO.....	28
Factores de riesgo	31
Tipos de rendimiento académico.....	33
Reseña histórica de la Educación	35

El adolescente y la educación media	35
Aprendizaje y rendimiento académico	37
Asociación del rendimiento académico y los trastornos depresivos	38
Docentes en el proceso de enseñanza – aprendizaje	40
JUSTIFICACIÓN	42
OBJETIVOS	44
Objetivo General	44
Objetivos Específicos	44
CAPITULO II	45
METODOLOGÍA	45
Diseño del trabajo.....	45
Área de estudio	45
Enfoque	45
Población y muestra	45
Fórmula para calcular la muestra	46
ESTRUCTURA DE LA MUESTRA	47
Gráficos de la descripción de la muestra seleccionada	48
Instrumentos de investigación	49
Procedimientos para obtención y análisis de datos	50
Actividades	50
CAPITULO III	53
ANÁLISIS DE RESULTADOS	53
Diagnóstico de la situación actual	53
Niveles Totales de Estado de Ánimo Disfórico	53
Niveles Totales de Autodesprecio	54
Niveles Totales de Depresión.....	55
Cuadro General de Notas	56
Correlación de pearson entre las variables de depresión y rendimiento académico.....	57
Comprobación de las hipótesis.....	58
CAPÍTULO IV	59
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	59

Conclusiones	59
Recomendaciones	59
Discusión	59
CAPITULO V	63
LA PROPUESTA	63
Tema.....	63
Datos informativos de la Propuesta:.....	63
Justificación.....	63
Objetivos	66
General	66
Específicos.....	66
Estructura técnica de la propuesta	66
Argumentación teórica	86
Diseño técnico de la propuesta	87
Cronograma	89
BIBLIOGRAFÍA	90
ANEXOS	96

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1 Descripción de la Muestra Estudiada	47
Tabla N°2 Descripción de Instrumento de Investigación	49
Tabla N°3 Niveles Totales de Estado de Ánimo Disfórico.....	53
Tabla N°4 Niveles Totales de Ideas de autodesprecio	54
Tabla N°5 Niveles Totales de Depresión	55
Tabla N°6 Cuadro General de Notas	56
Tabla N°7 Correlación de Pearson	57

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1 Descripción de la muestra estudiada “sexo”	48
Gráfico N°2 Descripción de la muestra estudiada “escolaridad”	48
Gráfico N°3 Niveles Totales Estado de Ánimo Disfórico	53
Gráfico N°4 Niveles Totales de Ideas de Autodesprecio	54
Gráfico N°5 Niveles Totales de Depresión	55
Gráfico N°6 Cuadro General de Notas.....	56

UNIVERSIDAD INDOAMÉRICA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA

TEMA: “LA DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL RENDIMIENTO ACADÉMICO DE ADOLESCENTES DEL CICLO BÁSICO DE LA UNIDAD EDUCATIVA TÉCNICA MITAD DEL MUNDO DE LA CIUDAD DE QUITO DURANTE EL AÑO 2017”

AUTOR:

Santiago Patricio Ubillús Castañeda.

TUTORA:

Ps.cl Doris Pérez Vega, M.Sc.

RESUMEN EJECUTIVO:

La depresión en adolescentes y su impacto en el rendimiento académico, son dos problemáticas de indiscutible actualidad. El fracaso escolar y el exponencial incremento de problemas derivados de la depresión en la salud mental de los adolescentes, demandan a la educación moderna y a todos sus componentes, exigencias especiales que permitan generar soluciones integrales para la comunidad educativa. La presente tesis de grado presenta objetivamente los resultados de una investigación integral cuyo objetivo fundamental consistió en establecer la asociación entre depresión y rendimiento académico en estudiantes del Ciclo Básico de la Unidad Educativa Técnica “Mitad del Mundo”. Básicamente, se diseñó un estudio descriptivo transversal, enfocado en una muestra de 227 adolescentes participantes de la Institución. La depresión fue determinada a través del Inventario de Depresión Infantil (CDI), cuyas dimensiones patológicas evaluadas son el Estado de ánimo disfórico y las ideas de autodesprecio, simultáneamente la evaluación del rendimiento académico fue obtenida a través de los promedios quimestrales del año lectivo 2017. Los resultados obtenidos muestran que el 71% de adolescentes no presenta síntomas depresivos, el 18% con niveles mínimos moderados, el 6% con niveles depresivos severos y el 5% restante presenta depresión en grado máximo.

PALABRAS CLAVES: Adolescencia, Depresión, Rendimiento Académico, Psicología, Educación

UNIVERSITY INDOAMERICA
FACULTY OF HUMAN SCIENCES AND OF THE HEALTH
CAREER OF PSYCOLOGICAL SCIENCES

TOPIC: "THE RELATION OF DEPRESSION ON ACADEMIC PERFORMANCE IN ADOLESCENTS OF THE BASIC CYCLE OF THE MITAD DEL MUNDO TECHNICAL EDUCATIONAL UNIT QUITO CITY DURING THE YEAR 2017"

AUTHOR:

Santiago Patricio Ubillús Castañeda.

TUTOR:

Ps.ci Doris Pérez Vega, M.Sc.

ABSTRACT

Depression in adolescents and its impact on academic performance, are two issues of undisputed topicality. School failure and the exponential increase of problems derived from depression in the mental health of adolescents, demand modern education and all its components, special demands that allow generating comprehensive solutions for the educational community. This thesis presents objectively the results of a comprehensive research whose main objective was to establish the association between depression and academic performance in students of the Basic Cycle of the Technical Education Unit ‘‘Mitad del Mundo’’. Basically, a cross-sectional descriptive study was designed, focused on a sample of 187 adolescent participants of the Institution. Depression was determined through the Child Depression Inventory (CDI), whose pathological dimensions evaluated are the dysphoric mood and ideas of self-deprecation, simultaneously the evaluation of academic performance was obtained through the quimestral averages of the school year 2017. The results obtained showed that 71% of adolescents do not present depressive symptoms, however the prevalence of moderate minimum levels of the disease is 18%, in addition 6% of adolescents evaluated have severe depressive levels and finally the remaining 5% present depression in maximum degree.

KEY WORDS: Adolescence, Depression, Academic Performance, Psychology, Education

INTRODUCCION

La depresión es una psicopatología compleja, que afecta considerablemente el óptimo desarrollo del adolescente afectando aspectos vitales del individuo, especialmente su salud mental. En este sentido, la depresión perjudica directamente tanto en el rendimiento académico como en la convivencia y el entorno educativo. El rendimiento académico bajo potencialmente genera en el adolescente promedio depresión, por su parte la depresión puede repercutir directamente con su estado académico, denotando un efecto de circularidad evidente.

El rendimiento académico se ha transformado en una de las variables frecuentemente relacionadas con el fenómeno depresivo, no únicamente por su afectación inherente en el bienestar emocional del individuo, sino también porque refleja de forma clara el resultado de las múltiples y complejas etapas de la educación. Su importancia en el proceso educativo radica en que el principal objetivo, al que apuntan todos los esfuerzos, innovaciones y emprendimientos de la comunidad educativa se asocian a la potencialización del rendimiento académico.

El documento se compone de cinco capítulos, que son:

EL PROBLEMA: Establece objetivamente la contextualización macro, meso y micro de la investigación, los antecedentes de las variables y la contribución específica del proyecto investigativo.

CAPÍTULO I.- MARCO TEÓRICO: Se desarrolla de una manera clara las fundamentaciones y bases teóricas de cada variable, la justificación y los objetivos de esta investigación.

CAPÍTULO II.- METODOLOGÍA: Contiene el diseño del trabajo, área base de estudio donde se ejecutó la evaluación, enfoque, población y muestra objeto de la investigación. Se adjunta además el instrumento psicológico de investigación

CDI, y las notas finales del año lectivo 2016 – 2017 con los cuales se midieron las variables de estudio, además incluye el procedimiento que se realizó para la obtención y análisis de datos, y por último las actividades realizadas.

CAPÍTULO III.- ANÁLISIS DE RESULTADOS: En este capítulo se describe el diagnóstico principal de la situación actual, el análisis e interpretación de los datos obtenidos y la comprobación de la hipótesis planteada previamente en la investigación. A través de gráficos y cuadros sencillos y comprensibles se realiza un análisis minucioso de los resultados expuestos en la evaluación.

CAPÍTULO IV.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES: Engloba los resultados obtenidos de la investigación, se determina las respectivas conclusiones, recomendaciones y discusiones; respondiendo al objetivo general y los objetivos específicos.

CAPÍTULO V.- LA PROPUESTA: En este capítulo se plantea un enfoque claro encaminado a prevenir niveles depresivos en la institución, permitiendo una dinámica de enseñanza-aprendizaje más cálida y comprometida. Se incluye la propuesta, la justificación, los objetivos, la estructura técnica, argumentación teórica y el diseño técnico.

Para finalizar, dentro de la investigación se adjuntaron la bibliografía, las fotos y los anexos respectivos.

EL PROBLEMA

“La depresión y su relación con el rendimiento académico en adolescentes del ciclo básico de la Unidad Educativa Técnica Mitad del Mundo, de la ciudad de Quito, durante el año 2017”

Planteamiento del Problema

La adolescencia representa el período más importante e influyente en el desarrollo del individuo, caracterizado por el despertar de la sexualidad, sustanciales modificaciones fisiológicas y la consolidación de la identidad, convirtiendo en trascendental este ciclo que surge desde los 12 hasta los 19 años en todos los individuos. En la actualidad, los problemas psicopatológicos dentro del período más significativo en el desarrollo del individuo constituyen un campo de vital importancia para la psicología, especialmente para los estudiosos de la conducta humana. Desde siglos, la profunda desventaja sobre estudios e investigaciones, especialmente sobre depresión, ejecutadas en la edad adulta en comparación con la adolescencia, ha sido abismal, en contraste con la importancia que tiene este período para el óptimo desarrollo de los individuos, sin embargo y como es ejemplo claro de esta tesis, la comunidad psicológica está comprometida por alcanzar, al menos, similares niveles de conocimiento y experimentación.

Contextualización

Macro

En la actualidad, aproximadamente uno de cada seis habitantes del mundo es un adolescente, básicamente estamos hablando que alrededor de 1200 millones de personas oscilan entre los 10 y 19 años. La adolescencia representa una etapa de transición importantísima dentro del curso de la vida, en la que los individuos se enfrentan a profundos cambios biológicos (capacidad de reproducción, crecimiento de caracteres sexuales secundarios), psicológicos (pensamiento abstracto) y sociales (pertenencia grupal).

Kaplan & Sadock (2009) establecen que:

Para alrededor del 75% de los jóvenes, se trata de un período de adaptaciones con éxito a los cambios físicos, cognitivos y emocionales, que constituyen principalmente una continuación de su funcionalidad previa. La inadaptación psicológica, la autorresistencia, el trastorno de la conducta, el abuso de sustancias, los trastornos afectivos y otros trastornos psiquiátricos que causan deterioros aparecen en el 20% de la población adolescente. (p.36)

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, 2011):

Se calcula que el 20% de los adolescentes de todo el mundo tiene problemas mentales o de comportamiento. La depresión es la enfermedad que más contribuye a la carga mundial de morbilidad entre los jóvenes de 15 a 19 años de edad, y el suicidio es una de las tres causas principales de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años. (p.27)

Para ser más claros, se estima que mundialmente alrededor de 71.000 adolescentes cometen suicidio anualmente y una cifra por lo menos 40 veces superior lo intenta, su principal causa la depresión (Unicef, 2011). Estos datos son reveladores para nuestra investigación, ya que exponen cuantitativamente la real magnitud del círculo entre depresión y suicidio, que evidentemente enfatizan la problemática que vamos a enfrentar. Detrás de un rendimiento académico bajo, muchas veces existe una patología depresiva, que si no es atendida oportunamente puede conducir al suicidio.

En este sentido, el bienestar emocional de los adolescentes se ve significativamente modificada por el manejo de sus propias emociones en conflicto principalmente con el inicio de la sexualidad, es una etapa de transición y desarrollo, cuyos cambios exponen a este grupo social a un mayor riesgo de episodios depresivos en comparación con otros grupos sociales como los adultos. Se debe estar muy alerta, reconocidas investigaciones destacan la importancia del tiempo dentro de esta problemática, indudablemente si cualquier adolescente presenta por más de dos semanas falta de apetito e interés en cualquier actividad

social, bajo rendimiento académico, tendencia marcada a aislarse e ideas suicidas, nuestra intervención como profesionales debe ser inmediata.

La depresión en la adolescencia encierra evidentemente mayores dificultades interpersonales y de autoestima que la depresión en el adulto en tal sentido, tanto como miembros activos de la salud mental o como parte íntegra de la sociedad, el desarrollo óptimo de nuestros jóvenes nos envuelve a todos, comprometiéndonos a fomentar dentro de la escuela o en el hogar un ambiente acorde a esta vital etapa.

Meso

A nivel latinoamericano, se evidencian profundos cambios sociales y políticos, sin embargo, el sistema educativo sigue siendo caduco y carente de programas innovadores alrededor de la salud mental de adolescentes. Así se refleja en cifras y estadísticas crudas que posicionan a nuestra región entre las más vulnerables en salud mental y trastornos depresivos alrededor del mundo. Atendiendo estas consideraciones, nos enfocaremos específicamente en los países colindantes al nuestro, cuya cultura, costumbres e incluso problemáticas son similares, exponiendo una base válida para esta investigación.

Dentro de los países andinos con mayor índice de niveles depresivos está nuestro vecino del sur. “En Perú, los trastornos individuales más comunes son la depresión, las fobias y la dependencia al alcohol. Entre los varones ésta dependencia es el problema más común mientras que en las mujeres es la depresión” Medina y Mora (citados en Gálvez y Larios, 2010, p.6).

Gálvez y Larios (2010) sostienen que:

Dentro de un importante estudio realizado en Perú, la prevalencia es de 12% en la población estudiada y el índice de recurrencia es del 59%. Los cuadros moderados presentaron la mayor tasa con 48.1%, los severos alcanzaron el 30.8% y, finalmente, los episodios leves con 21.1% por cada 100 casos. Las mujeres buscan más ayuda que los hombres y sólo el 20% de quienes buscan ayuda lo hacen con profesionales de la salud mental. Los trastornos depresivos ocuparon el 3er. lugar entre las principales causas de pérdida de años de vida

saludable. Entre los jóvenes, la depresión incrementa el riesgo de alcoholismo, abuso de drogas y suicidio. (p.7)

Por el otro lado, tenemos a Colombia. Nuestro vecino del Norte, muestra menor porcentaje de patología depresiva en su población, sin embargo, no está alejado de ninguna manera de la problemática. A diferencia de la mayoría de países de la región, Colombia ha intentado establecer políticas públicas alrededor de la salud mental, y ha emprendido múltiples estudios en relación a la misma. Los últimos estudios importantes se denominaron: “Encuesta Nacional de Salud Mental” (ENSM) y la Encuesta “SABE” ejecutados entre 2014 y 2015 respectivamente.

Los resultados obtenidos de dichos estudios son similares en cifras y conceptos:

La ENSM de 2015 tamizó población de 12 a 17 años, de 18 a 44 y de 45 años y más; el instrumento utilizado para detectar síntomas de trastornos mentales, entre los cuales está la depresión, fue el Cuestionario de auto-reporte SQR. En los adolescentes se encontró la mayor prevalencia de síntomas de depresión con 15,8%; por regiones, las más afectadas fueron la Central con una prevalencia de 20,9% y la Oriental con 16,2%. La población de 18 a 44 años tuvo la prevalencia más baja de síntomas de depresión y las mujeres están más afectadas. (Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia, 2015, p.8)

Considerando, exclusivamente la población con la que trabajaremos en nuestro estudio, los resultados del estudio previamente mencionado señalan que dentro del grupo etáreo de 12 – 17 años, el número de síntomas depresivos es entre 4-6, además se establece que la prevalencia de depresión es del 15% en adolescentes masculinos y del 16% en adolescentes femeninos. Así, a nivel nacional finalmente se determinó que el 15.9% de adolescentes colombianos presentan sintomatología depresiva.

La Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento, (SABE, 2014) establece que:

Las cifras de prevalencia global de depresión aumentan con el estrato socioeconómico: mientras en el estrato 1 la prevalencia fue de 33,5%, en los estratos 5 y 6 fue de 57,1%. Por regiones, en las que se incluye el Distrito Capital, se encontró que Bogotá presentó la mayor prevalencia con 53,2%, seguida de la región Oriental (49,9%) y de la Amazonía (49,8%). Según el nivel educativo, la prevalencia es mayor entre quienes tienen nivel universitario o de postgrado (61,6%), en relación con quienes no han recibido educación (45,2%). Aunque el análisis por regiones muestra que en la región Atlántica se encuentran las prevalencias más bajas de depresión, al observar las cifras de la prevalencia en ciudades grandes se encuentra que Barranquilla presenta la más alta prevalencia de síntomas depresivos, con 54,5%. (p.10)

Este estudio, denominado “SABE” tuvo como objetivo examinar la forma en que el contexto socioeconómico y educativo influyen en la salud mental de la población colombiana. Como se mencionó previamente, ambos estudios exponen cifras y conceptos similares a otros realizados a lo largo de Latinoamérica.

El desarrollo de nuestra región, no debe ser únicamente enfocado en cambios estatales o económicos, sino más bien estructurar políticas públicas que permitan potencializar el desarrollo social de nuestra región basándonos en el bienestar emocional y salud mental de su población. Lastimosamente, es poco lo que se hace para la prevención o atención de la depresión, consecuentemente iniciativas como esta buscan reflejar la magnitud real de la problemática y establecer propuestas eficaces para el bienestar emocional de los adolescentes.

Micro

En el Ecuador, según datos reales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, se calcula que aproximadamente el 21% de la población total de ecuatorianos son adolescentes. El censo nacional ejecutado en el 2010, estimó que la población menor de 18 años constituye el 37,26%, es decir 5'397.139 niños/adolescentes conforman íntegramente la sociedad ecuatoriana. Refiriéndose exclusivamente a la población y muestra exacta que promueve esta investigación,

el censo nacional del 2010, estableció que alrededor del 11% de ecuatorianos oscila entre 10 y 14 años, es decir 1'539.342. (INEC,2010). Los datos son reveladores, las cifras importantes, y las acciones encaminadas al óptimo desarrollo especialmente educativo de este importante grupo social deben ser desplegadas desde un profundo compromiso social y político, logrando garantizar así la seguridad de su salud mental.

Nuestro país, dentro del contexto planteado, no es distante a esta problemática mundial. Hace menos de una década, desde el gobierno central se intentó “revolucionar” la educación dándole un enfoque más psicopedagógico e inclusivo. Así se emprendió un programa denominado “Unidad de Medición de la Calidad Educativa” en el cuál después de aplicar una evaluación multicompetencias a los estudiantes de Educación Básica a nivel nacional se concluye que:

El rendimiento del sistema educativo ecuatoriano se ha aproximado a un nivel de normalidad: reprueba al año menos del 7% de los alumnos de primaria y abandona menos del 5% en ese sector. El rendimiento es menor en la enseñanza secundaria, donde reprueba actualmente en torno al 12% y abandona el 10% del total de alumnos secundarios. Más del 40% de los estudiantes están en el grupo más bajo de rendimiento en ciertas materias, el 9% o menos lo está en el grupo más alto de rendimiento. (Ministerio de Educación, 2010, p.8)

El énfasis de la educación, indudablemente en la actualidad es meramente cognitivo, dejando de lado la generación de entornos educativos cálidos e inclusivos, preocupados del bienestar mental de sus estudiantes. Los docentes, en general no tienen una formación psicológica básica para promover un mejor ambiente educativo, que indudablemente ayudaría en el rendimiento académico de los estudiantes, sin embargo, tienen una trascendencia importantísima en el desarrollo integral de los adolescentes.

Es indudable, que el enfoque educativo ecuatoriano, está dirigido especialmente a evaluar conocimientos empíricos y cognitivos, sin embargo, ni

quiera en este sentido, este sistema académico a generado los resultados para lo que fue diseñado. Si dentro de esta metodología se descartan perspectivas psicopedagógicas en torno a la salud mental como motivación, liderazgo, o bienestar emocional, se entiende que por lo menos en las materias “tradicionales” como Lenguaje y Comunicación o Matemáticas los resultados serían óptimos. Sin embargo, no es así, los resultados año a año no reflejan eso, cada vez hay un declive dentro del nivel del rendimiento académico de los adolescentes, y simultáneamente un alarmante incremento en síntomas depresivos y estabilidad emocional.

El Ministerio de Educación (2008) concluye:

La calidad del sector educativo es baja. Esto, se refleja en las principales áreas de estudio como son Matemática y Lenguaje y Comunicación, donde tanto la población estudiantil a nivel primario como secundario se ubicaba en rangos entre el 21% y 49% calificación insuficiente para Matemáticas y 10% y 29% para Lenguaje y Comunicación. (p.27)

Dentro de la Unidad Educativa Técnica “Mitad del Mundo” no constan estudios previos sobre el fenómeno depresivo y su incidencia en el rendimiento académico de los adolescentes.

Antecedentes

Las investigaciones relacionadas con el estudio de la depresión infantil y su relación con el rendimiento académico han cobrado relevancia dentro de la Psicología contemporánea. En esta sección, detallaremos dos enfoques específicos de investigación relacionados a la enfermedad. En primer término, puntualizaremos los datos estadísticos sobre la frecuencia de la enfermedad expuestos en reconocidos estudios investigativos, por último, se expondrán diferentes investigaciones enfocadas exclusivamente a la interrelación entre depresión y rendimiento académico.

Primero, en relación a cifras e incidencia de la enfermedad, Reinmudez, (citado en Moreno, 2009) establece que “La edad de aparición de la depresión está disminuyendo, de tal forma que muchos individuos experimentarán sus primeros

episodios durante la adolescencia. La prevalencia general varía desde 0,4% a 2,5% y es mayor en adolescentes que en niños” (p.134). Esto se adjunta, a diferentes estudios que concluyen que la predisposición hacia la enfermedad se potencializa con la edad. “Se estima que la prevalencia de depresión mayor es aproximadamente del 0.5% para la edad preescolar, sube al 2% en la edad escolar y se incrementa sustancialmente en la edad adolescente, pudiendo llegar incluso hasta un 5%” Gutiérrez (citado en Moreno, 2009, p.135). Dentro del estudio expuesto, no solo se exhiben datos de la enfermedad relacionados con la edad de aparición, además se hace otras importantes aportaciones.

Respecto al género, se manifiesta que tanto varones como mujeres presentan estadísticamente probabilidades similares de cuadros depresivos en la infancia, sin embargo, al inicio de la adolescencia, se contempla una marcada diferencia entre ambos, los sujetos de sexo femenino presentan mayores probabilidades de sufrir el trastorno.

Moreno (2009) afirma:

En la preadolescencia la depresión mayor afecta a niños y niñas en la misma proporción, con un incremento progresivo con la edad. Al llegar la pubertad, el riesgo se incrementa en las mujeres, de tal manera que, en la adolescencia tardía, las mujeres tienen de 2 a 3 veces más posibilidades de estar afectadas que los varones. (p.135)

Reconocidas investigaciones avalan la correlación entre depresión y rendimiento académico a nivel internacional, sin embargo, a continuación, destacaremos una investigación denominada “Depresión en Adolescentes” por su vigencia y reconocimiento científico.

Díaz (citado en Acero, 2005) concluye que:

La presencia de síntomas depresivos se asocia de forma estadísticamente significativa con el mal rendimiento académico. Se trata de un estudio exploratorio y transversal cuya muestra estuvo compuesta por 264 sujetos entre 12 y 16 años de edad. Se determina entonces que este problema deteriora

significativamente la adaptación psicosocial y el desarrollo y, por tanto, afecta negativamente diferentes esferas de la vida. Estudios citados previamente han documentado una relación entre la depresión mayor y la disfunción social, así como con problemas interpersonales laborales y educativos. (p.25)

A partir de las múltiples investigaciones y cifras expuestas, se considera que es posible que los estudiantes del Ciclo Básico de la Unidad Técnica “Mitad del Mundo” que exhibieron desempeño académico bajo durante el transcurso del año lectivo 2016-2017, presenten también asociación con el estado de ánimo disfórico y las ideas de autodesprecio, dimensiones que forman parte de los trastornos depresivos en los adolescentes. En este sentido, inferimos que la sintomatología descrita incidirá en el rendimiento académico de los adolescentes, generando una evidente interrelación cíclica, donde la depresión influye en el rendimiento académico y viceversa.

Contribución

La investigación representa una contribución **teórica**, ya que todos los datos, cifras y resultados obtenidos a través de la misma, servirán como fuente confiable para futuras investigaciones alrededor de la depresión y su impacto en el rendimiento académico de adolescentes. Existen múltiples estudios alrededor de esta problemática, sin embargo, lo que hace significativa a esta investigación es que va dirigida exclusivamente a adolescentes tempranos 12 – 16 años del Ciclo Básico, grupo etario que ha sido mínimamente estudiado y donde se ha observado que los síntomas depresivos son alarmantemente altos.

La investigación tiene una fuerte contribución **social e institucional**, ya que expondrá de una manera objetiva los niveles de depresión y su impacto en el rendimiento académico de los estudiantes del Ciclo Básico de la Institución, diseñando una propuesta integral con la que se busca la prevención, atención oportuna y disminución de la patología depresiva, incidiendo considerablemente en el desempeño académico de los adolescentes. En este sentido, los principales beneficiarios de esta investigación serán los estudiantes de la Unidad Educativa Técnica “Mitad del Mundo”, sin embargo, desde nuestro enfoque preventivo, los

aportes de esta investigación buscan beneficiar a la comunidad educativa en su conjunto.

CAPITULO I
MARCO TEÓRICO
LA DEPRESIÓN

La depresión es una alteración patológica multicausal que afecta progresivamente a millones de personas en la actualidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), alrededor de 350 millones de personas sufre depresión en el mundo, y esta cifra sigue en exponencial aumento. Se estima que para 2020, la depresión será la segunda causa de incapacidad en el mundo, convirtiéndose así en la epidemia del siglo XXI. “La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (OMS, 2010).

Se calcula que el 30% de trastornos depresivos terminan siendo crónicos, principalmente debido a que su afectación acrecienta el riesgo de desarrollar múltiples enfermedades o predispone el agravamiento de otras. El intento suicida representa el principal riesgo en la enfermedad, especialmente en adolescentes, demandando así la necesidad de diagnósticos oportunos que faciliten su prevención.

Fonseca (2011) señala que:

Las mayores tasas de depresión en la edad adulta están asociadas con la depresión en la infancia y la adolescencia, por lo que actualmente los esfuerzos se encaminan a detectar y tratar precozmente a niños y adolescentes con síntomas depresivos. En los últimos años, ha habido un aumento en la incidencia de la depresión a edades tempranas, además de un incremento de las tasas o intentos de suicidio por lo que, al igual que ocurre con la depresión adulta, la depresión infantil y adolescente constituyen también uno de los mayores problemas de salud en nuestra sociedad actual. (p.218)

Además, añade que tanto el género como la edad representan un rol fundamental en la expresión e intensidad de la patología sobretodo en edades tempranas, así determina “En cuanto al género, la tasa de niños y niñas depresivos es aproximadamente la misma hasta los 12 años, edad a partir de la cual la ratio pasa a ser de 2:1, con una mayor incidencia en las jóvenes” (Fonseca, 2011, p.218). Múltiples investigaciones previamente señaladas se adhieren a la citada, exponiendo un mayor índice de prevalencia en el sexo femenino sobre el masculino, especialmente en el inicio de la adolescencia. “En cuanto al papel de la edad, se estima que la prevalencia de la depresión mayor es aproximadamente del 0,5% para la edad preescolar, ascendiendo al 2% de la población en la edad escolar y pudiendo llegar en la edad adolescente hasta un 5%” (Fonseca, 2011, p.219).

Por tanto, cabe, recalcar que la depresión en adolescentes claramente tiene particularidades diferentes a la de adultos, debido a sus procesos intrínsecos de maduración y desarrollo, en este sentido, el diagnóstico y el tratamiento también requieren consideraciones especiales. Precizando de una vez, aspectos como son la edad, etapa de desarrollo, nivel de inteligencia y maduración emocional, autoestima y entorno social y familiar son pilares fundamentales en la evaluación, diagnóstico y tratamiento integral de la enfermedad en adolescentes.

Breve historia

La depresión ha existido desde tiempos remotos, donde ya se manifestaban alteraciones del estado de ánimo similares a lo que en la actualidad se denomina como patología depresiva. Existen múltiples redacciones detalladas con sintomatología propia de la depresión en diferentes textos clásicos e incluso en el Antiguo Testamento. “Desde Hipócrates (460-377 AC) considerado como el padre de la medicina, describió la melancolía como una de las enfermedades mentales más importantes e indicó que se producía por un desequilibrio de los fluidos humanos” (Navarrete, 2010, p.8).

Para 1621, el reconocido psiquiatra británico Robert Burton, creó uno de los primeros libros que conceptualizan a la enfermedad desde el punto de vista médico – científico, así publica “Anatomía de la melancolía” cuya premisa

básica plantea que la melancolía es un fenómeno universal, además hasta el día de hoy es popularizada su frase, “Yo escribo sobre la melancolía para permanecer ocupado, y así evitar la melancolía” admitiendo de cierto modo su predisposición hacia la enfermedad. Ya para el siglo XIX, y con el surgimiento de una renovada Psiquiatría occidental, el denominado fenómeno depresivo ocupó un espacio importante, alrededor del cual, científicos y psiquiatras como Schneider, Freud o Pinel, etc., realizaron sustanciales aportaciones hacia la comprensión y socialización de la enfermedad (Navarrete, 2010).

Se ha presentado, una breve reseña histórica sobre el “fenómeno depresivo” que en la actualidad afecta a cientos de millones de personas alrededor del mundo. La depresión, como se recalcó anteriormente, se ha convertido en la epidemia de nuestro siglo, no solo por su compleja afectación e intensidad, sino también por el exponencial incremento de la enfermedad, que sin duda representa una problemática global que nos involucra a todos como sociedad. Cuando un individuo presenta depresión, su afectación no solo involucra su estado físico y emocional ya que esta descompensación afecta fuertemente su entorno familiar, y a través de este a la sociedad.

Etiología

La adolescencia es una etapa compleja, de transición y transformación del individuo. En efecto, un adolescente vulnerable (biológica y/o socialmente), se puede abatir ante mínimas adversidades, mientras que, por el contrario, un adolescente competente solo se indispondría ante situaciones de mayor relevancia. Así, la interacción concurrente de factores endógenos – personales y socioambientales condicionan el bienestar emocional del adolescente, potenciando su predisposición hacia la depresión.

Desde una perspectiva etiológica, Machado, Jiménez, Padilla, Guerra y Antelo (2010), afirman que:

Como en todas las diferentes formas de la conducta, al tratar de entender la etiología de la depresión tenemos dos grandes vertientes: por un lado, la cuestión endógena (orgánica) y por otro lado la explicación psicológica

(inconsciente). Es importante recordar la idea de las series complementarias de Freud, donde nos indica que ambas irán de la mano siempre, es decir, por un lado, tenemos aquello con lo que el sujeto nace, ya sea de orden fisiológico o emocional (por ejemplo, si nace con cierta tendencia depresiva o no) y por otro lado tenemos el impacto que provocará lo ambiental y las circunstancias particulares que rodean a esa persona. (p. 15)

Según lo citado, dentro de la etiología endógena de la enfermedad, los principales factores bioquímicos que predisponen al individuo hacia la depresión son: alteraciones neuroendocrinológicas (eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal), neurofisiológicas (fases del sueño) y de los neurotransmisores. La predisposición de la carga biológica, como factor determinante hacia la enfermedad es clara, así el enfoque endógeno y su incidencia en el bienestar del individuo resulta indiscutible. Por las consideraciones anteriores, múltiples estudios señalan la importante influencia de sustancias químicas como los neurotransmisores en la depresión.

Ely y Stevenson (citados en Arévalo,2008) establecen que:

Desde la perspectiva orgánica, se considera que la depresión tiene su origen en una disfunción de los mecanismos neurofisiológicos que regulan la conducta ya sean estos de carácter hereditario o adquirido, lo que resulta nuevo es que la localización de estas disfunciones asocia al Sistema Límbico, especialmente el eje hipotalámico-pituitario y a los neurotransmisores implicados en su conexión. (p.17)

El aumento del nivel de cortisol, es el principal patrón endocrinológico relacionado con la depresión, cuyo origen surge desde el eje hipotalámico – pituitario. Los adolescentes deprimidos presentan niveles elevados de cortisol circulante. Las glándulas suprarrenales secretan cortisol como respuesta ante situaciones de ansiedad o estrés. Conjuntamente con esto, los sujetos deprimidos experimentan déficit en la secreción de la hormona de crecimiento, alteración en los ritmos del sueño, y decrecientes niveles de melatonina, serotonina y

norepinefrina (Arévalo,2008). La alteración en el procesamiento de los neurotransmisores y su influencia en la depresión es detallada más adelante.

Por otro lado, tenemos el entorno y las circunstancias particulares de un individuo, que generan experiencias previas únicas e irrepetibles, que indudablemente inciden en la depresión. Tal como menciona Freud, estas dos vertientes irán de la mano, y repercuten directamente con el equilibrio emocional de cualquier individuo. Para un adolescente, el factor ambiental es determinante, así tanto la familia como la escuela se convierten en pilares fundamentales dentro de su bienestar emocional. Estos componentes constituyen para el adolescente su base emocional condicionando considerablemente todos aquellos aprendizajes adquiridos en su proceso de desarrollo. Alrededor del término familia, surgen dos conceptualizaciones muy claras: funcionalidad y estructura, es decir una familia puede estar compuesta por sus tres principales actores (papá, mamá e hijos) y no ser funcional, y al contrario familias cuya estructura no es la promedio, pueden ser funcionales. Resulta oportuno comprender, que lo verdaderamente importante y que el adolescente demanda de su familia es funcionalidad, sea cual sea su estructura.

Arévalo, 2008 determina que:

Es evidente que la familia no es una galaxia, sino que viene y actúa inmersa en una sociedad, en una cultura y en una época. Todo ello condiciona su funcionamiento, sus posibilidades y sus expectativas. En efecto, realmente lo importante es la función, que consiste en educar a un niño para que pueda subsistir autónomamente en el mundo y en las mejores condiciones posibles, consideradas estas desde una perspectiva tanto material como psíquica. Por consiguiente, las variables del entorno familiar juegan un papel fundamental para el desarrollo y mantenimiento de la depresión. (p.18)

La afectividad familiar y la aceptación social, representan para el adolescente, su nutriente más importante, por llamarlo de alguna manera es su combustible diario. En esta etapa, la carencia tanto de afectividad, apoyo y aceptación acarrea consecuencias potencialmente graves. Este combustible, activa el motor del

adolescente garantizando motivación y aprendizaje diario, que facilitarán la integración del individuo con el complejo mundo que lo rodea.

Después de la familia, la escuela es el entorno más cercano e influyente en el proceso de desarrollo de las personas. “La situación de fracaso escolar bloquea la posibilidad que el adolescente se autoafirme, se integre y sea aceptado por sus profesores y compañeros. Así, pierde la capacidad de derivar reforzamientos positivos de su ambiente escolar, siendo esta la causa de la depresión, según el modelo de pérdida de reforzamiento de Lewinsohn” (Arévalo, 2008, p.22).

En este sentido, las personas con episodios depresivos, por ejemplo, focalizan selectivamente la información negativa de su realidad, excluyendo o minimizando la información positiva, priorizando pensamientos auto limitantes, que únicamente crean una distorsión negativa de su realidad. Los errores y fallos se personalizan en extremo, y en consecuencia sus efectos negativos se intensifican y generalizan, creando un círculo vicioso donde el propio individuo, sin saberlo, genera un sentido de dependencia con la propia psicopatología.

Dentro de las conceptualizaciones psicoanalíticas, Machado et al., (2010) señala que:

Existen varios factores importantes en la detonación de la depresión. En primer lugar, está el papel que juega el narcisismo, en el cual se entiende que el individuo se ha tomado a sí mismo como objeto de amor, por lo que se ve a sí mismo como un ideal, sin embargo, este ideal no es como se quería y por lo tanto no se puede amar a sí mismo, por lo que se vuelve inalcanzable ese deseo. Esto puede ocurrir cuando el sujeto en cuestión triunfa ante otros, pero ese triunfo no es reconocido por sí mismo debido a ataduras inconscientes internas. Esto se llama colapso narcisista. (p.16)

Tipos de depresión

Según el DSM-V se especifica que en la depresión existen diferentes modalidades acorde a períodos, frecuencias, intensidad y sintomatología en los diversos cuadros patológicos, para la revisión de los mismos se adjunta en anexo

No 2. Todos los criterios diagnósticos son mencionados en el anexo, sin embargo, la clasificación más reconocida a nivel profesional, divide a la enfermedad en tres grandes grupos: Trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado.

Trastorno depresivo mayor

La depresión severa o trastorno depresivo mayor (TDM) en la adolescencia representa la más importante categoría diagnóstica expuesta en esta etapa. El TDM, a su vez, se subdivide en dos grandes grupos: Trastorno depresivo mayor episodio único (un solo incidente) y episodios recurrentes (existencia periódica). Se establece, que por lo menos durante dos semanas, las manifestaciones del TDM, afectan al individuo en las esferas afectiva, cognitiva y social, creando un complejo desbalance emocional y la pérdida de interés en todas o casi todas las actividades que realiza. La sintomatología del TDM tanto en adolescentes como adultos es similar, sin embargo, varía en afectación en intensidad por el proceso madurativo propio de esta edad.

Páez y Ulloa, 2005 afirman que:

El TDM es particularmente importante, ya que puede convertirse en crónico o recurrente, afectando el funcionamiento y las relaciones interpersonales del individuo, o ser precursor de otros trastornos afectivo, como el trastorno bipolar. De acuerdo al sexo, la frecuencia es similar en niños, y cambia en los adolescentes en una relación 2:1 con mayor prevalencia en las mujeres. (p.88)

Trastorno distímico

La distimia básicamente es una alteración compleja del estado de ánimo, cuya principal diferencia con el TDM, radica en que sus manifestaciones sintomatológicas son potencialmente menos perjudiciales, pero más duraderas en el tiempo. Sánchez (2009) afirma: “La distimia es un cuadro subdepresivo de inicio insidioso que se mantiene, con curso fluctuante durante al menos dos años (o un año en niños y adolescentes). Sus síntomas típicamente aparecen y

desaparecen en este período, y su intensidad puede variar con el tiempo” (p.129).

La prevalencia de la distimia es más elevada en mujeres que en hombres, y se subdivide en dos amplias categorías: si el trastorno inicia antes de los 21 años se denomina distimia de inicio temprano, si lo hace después de ese lapso, es distimia de inicio tardío. Entre las características más complejas de la psicopatología está la anomia o asilamiento social, el intento suicida o abuso de sustancias, además los antecedentes familiares son porcentualmente altos en sujetos con distimia, es decir la mayoría de veces cuando un individuo manifiesta trastorno distímico, un familiar ya lo presentó previamente, esto permite comprender la fuerte incidencia que tiene la carga genética en la exposición a trastornos psicopatológicos.

Trastorno depresivo no especificado

Esta categoría, denominada también como depresión menor o subsindrómica, incluye todos los trastornos de tipo depresivo que no se adecúan a los criterios diagnósticos establecidos para trastorno depresivo mayor o trastorno distímico. Esta categoría, en particular, es una alternativa para todos aquellos cuadros patológicos que no se ajustan en cuanto a duración, intensidad y afectación al TDM o a la distimia. En ese sentido, Martínez, (2010) señala: “El trastorno depresivo no especificado, también denominado episodio depresivo leve o depresión menor tiene al menos un síntoma central de TDM: tristeza, irritabilidad o anhedonia, asociado a otros 3 síntomas de depresión mayor” (p.294). Hechas las consideraciones anteriores, los principales cuadros psicopatológicos que se ajustan a esta categoría según el DSM-IV son: trastorno disfórico premenstrual, depresión menor y trastorno depresivo breve recurrente y depresión postpsicótica relacionada a la esquizofrenia.

Sintomatología y Prevención

Los síntomas depresivos en los adolescentes son tomados con frecuencia como comportamiento normal del adolescente, y se considera que son el producto de los cambios hormonales normales, lo que, en muchos casos, dificulta el

diagnóstico, negando o retardando la ayuda que necesitan. El mayor número de adolescentes deprimidos está entre los 13 y los 15 años de edad, rango que coincide con las épocas de más baja autoestima de este particular período del crecimiento. (Machado et al., 2010, p.18)

La sociedad en general, no comprende y lo que es peor aún no acepta las manifestaciones claras de indicios depresivos en adolescentes, reducen la compleja afectación de la enfermedad asociándola simplemente con «comportamientos del adolescente promedio», asumiendo equivocadamente que su afectación es temporal, y responde exclusivamente a los profundos cambios hormonales que el individuo atraviesa en su proceso madurativo. En tal sentido, lo único que logran es la represión del adolescente que requiriendo de ayuda profesional no encuentra mejor salida que aislarse de su entorno. Así, el adolescente depresivo se va convirtiendo en víctima de la sociedad, y de la familia inherente en ella, cuyas erróneas creencias alrededor de la enfermedad, simplemente retardan el diagnóstico oportuno y la atención integral que desde un principio el adolescente necesitaba.

Según la clasificación diagnóstica del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales por sus siglas en inglés DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000):

Los criterios de un trastorno depresivo son muy parecidos en niños, adolescentes y adultos. Las diferencias que se encuentran se deben a la intensidad de los síntomas y las consecuencias del trastorno. Algunos síntomas, como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente frecuentes en niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son más habituales durante la adolescencia. En esta etapa, los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, por déficit de atención, de ansiedad, relacionados con sustancias, y de la conducta alimentaria. Méndez y Ross (citados en Pardo, Sandoval & Umbarila, 2004, p.19)

“La depresión en adolescentes parecen ser similares a las de los adultos en cuanto a expresión sintomática, sin embargo, existe un factor diferencial más que relevante; las sobrepasan en cuanto a destructividad” Rivero (citado por García Alonso, 2009, p.89). Como complemento, el enfoque más actual señalado en diferentes estudios e investigaciones, como también en los manuales líderes y vigentes en trastornos psicopatológicos DSM-V y CIE 10, nos permiten sostener que la depresión entre adolescentes y adultos son análogas, sin embargo, evidentemente la edad regula exponencialmente tanto las particularidades y características como repercusiones y secuelas negativas de la depresión.

Arévalo (2008), admite que:

Sin embargo, sentirse triste o deprimido no es un síntoma suficiente para diagnosticar una depresión. Esta distinción es importante, pues la depresión es entendida como síntoma (es decir, sentirse triste) está presente en la mayor parte de los cuadros psicopatológicos y otras condiciones médicas, sin que por ello constituya un síndrome depresivo, es decir un conjunto covariante de síntomas relacionados (tristeza, pérdida de peso, etc.). (p.61)

En consecuencia, es claro que el estado de ánimo no puede representar de ninguna manera y en ninguna condición, el criterio base para definir la enfermedad, ya que, al entender a la depresión como un síndrome, es vital emplear criterios correlacionados, que demuestren su injerencia dentro de la patología, evitando de esta manera sesgos diferenciales y diagnósticos erróneos. En el marco de las consideraciones anteriores, la dificultad de diagnosticar objetivamente la depresión en adolescentes es evidente, la complejidad radica al entender que su comportamiento en general, está condicionado por variaciones constantes del estado de ánimo, que alternan en períodos de días, e incluso horas.

Es evidente entonces, que la prevención de trastornos psicológicos se ha transformado en uno de los ejes centrales dentro de la compleja estructura de la salud mental. Sin embargo, la relevancia que se le ha brindado a esta ineludible tarea es mínima. La problemática de esta situación surge ante la incrédula percepción de la sociedad en general, respecto a la posibilidad, real y objetiva,

de prevenir psicopatologías de naturaleza tan compleja y multicausal como la depresión en adolescentes. La prevención oportuna, en conjunto con un diagnóstico y tratamiento adecuado potencializan la calidad de vida del adolescente y garantizan su futuro inmediato.

Estado de ánimo disfórico

Basile (2002) considera que “Los estados de ánimo y las sensaciones disfóricas se caracterizan por las expresiones del adolescente que indican tristeza, soledad, ausencia de felicidad, desesperanza, oscilaciones afectivas, irritabilidad, hipersensibilidad, actitud negativa, y dificultad para poder ser complacido” (p.4). Los adolescentes generalmente son más perceptivos, e incluso vulnerables a su entorno, de esta manera canalizan sus emociones de manera diferente que los adultos. Sin embargo, no siempre van a manifestar expresiones claras de impotencia o tristeza, es más muchos ni si quieren van a verbalizar su disforia, es aquí cuando cobra importancia el núcleo familiar. La confianza, la comunicación y el apoyo que demanda el adolescente marcará la diferencia en su futuro.

El estado de ánimo disfórico se manifiesta en períodos diferentes, en semanas, días e incluso horas el adolescente puede expresar diferentes emociones, afectando considerablemente su bienestar emocional. Así su actitud, predisposición y conducta en períodos son normales, mientras que en otros su frustración e irritabilidad predominan. No se trata de modificaciones emocionales que el adolescente promedio experimentan en esta etapa, sino al contrario transiciones emocionales negativas e intensas, que afectan considerablemente su calidad de vida.

Ideas de autodesprecio

Arévalo (2008) afirma: “El adolescente expresa sentimientos de irritabilidad, incapacidad, fealdad y culpabilidad. Presenta ideas de persecución, deseos de muerte y tentativas de suicidio, revela ideas de escaparse y huir de su casa” (p.12). Como se describió anteriormente, el adolescente no verbaliza específicamente su frustración o irritabilidad, sin embargo, se evidencian notoriamente en su actitud y predisposición. Además, es habitual que tengan

pensamientos distorsionados, que afectan su bienestar emocional y la interacción con su entorno como por ejemplo “nadie me quiere o no hago nada bien”.

Comorbilidad entre depresión y diferentes enfermedades

Como se mencionó anteriormente, la depresión es una enfermedad multifactorial que afecta considerablemente el bienestar físico y emocional del individuo. Sin embargo, las manifestaciones de la depresión no se reducen únicamente a las particularidades propias de la enfermedad, sino que, para aumentar su complejidad, con frecuencia coexiste con otras enfermedades físicas o trastornos emocionales, esto se denomina “comorbilidad”. Dentro de la etapa vanguardista de la psicología, el término ha cobrado tal relevancia que ha sido objeto de estudio de reconocidas investigaciones, sobretodo cuyo tópico principal gira en torno a la depresión. La comorbilidad básicamente representa la coexistencia de dos o más enfermedades o trastornos en un mismo individuo.

Para ejemplificar, brevemente mencionaremos, la comorbilidad entre depresión y ansiedad. Resulta ineludible, destacar la interrelación entre estas enfermedades. Porcentualmente, se estima que alrededor del 50% de personas, que sufren depresión o episodios depresivos recurrentes, exhiben también sintomatología de ansiedad, denotando un efecto de circularidad innegable. Es decir, más de la mitad de individuos con ansiedad padecen depresión y viceversa, dificultando mucho más el tratamiento. Es importante destacar, que las enfermedades interrelacionadas pueden manifestarse previo a la depresión, ser la causa principal o ser el resultado de la misma. La experiencia previa, las particularidades propias de los individuos y las diferentes situaciones a las que se ven expuestos juegan un papel importante en el proceso inherente de este cruce entre depresión y otras enfermedades. La comorbilidad cobra relevancia al entender, que las dos enfermedades deben ser tratadas a la par, de manera progresiva e integral, para el bienestar del individuo.

Katon y Ciechanowski (2002) determinan que:

La depresión a menudo coexiste con otras condiciones médicas como enfermedad cardíaca, derrame cerebral, cáncer, VIH/SIDA, diabetes, y la enfermedad de Parkinson. Estudios han demostrado que las personas que padecen depresión además de otras enfermedades médicas graves, tienden a presentar síntomas más graves, tanto de la depresión como de las enfermedades médicas, a adaptarse con mayor dificultad a su condición médica, y a tener que afrontar costos médicos más altos que aquellas que no tienen depresión coexistente. Investigaciones han obtenido una cantidad creciente de evidencia de que tratar la depresión también puede ayudar a mejorar la evolución de la enfermedad concurrente.(p.6)

Machado et al., (2010) establecen que:

El núcleo de la depresión, en tanto estado, no lo podemos buscar ni en el llanto, ni en la tristeza, ni en la inhibición psicomotriz, pues todos estos estados pueden o no estar presentes en una persona deprimida. Sin embargo, algo que sí está presente es el tipo de ideas que poseen en común todos aquellos cuadros en los cuales por lo menos una de estas manifestaciones está presente. La no realizabilidad de un deseo mediante el cual alcanzaría un ideal, o la consecución de un logro menor que provoca que se sienta arruinado, fracasado, inferior, culpable. Es decir, el núcleo de la depresión lo van a constituir estas ideas de inferioridad, autorreproche, fracaso, e incluso, en algunos casos, ideas de muerte. (p. 15)

Actualmente se estima que los trastornos depresivos encabezan la lista de trastornos mentales alrededor del mundo, representando, en conjunto con los trastornos de ansiedad, cerca del 25% de las consultas médicas globales. Es evidente la existencia de mejorados sistemas de salud pública, además de industrias multimillonarias en torno a los antidepresivos, sin embargo, al entender, que aproximadamente 300 millones de personas en el planeta conviven con este trastorno, es indudable que la depresión constituye una problemática mundial, cuyas tasas son alarmantemente altas.

Arévalo (2008) manifiesta que:

La depresión es una enfermedad muy frecuente, incluso en progresivo aumento. La relevancia de su frecuencia cobra un significado mayor si se tiene en cuenta que genera una discapacidad funcional importante, superior a la mayoría de las enfermedades médicas crónicas. Actualmente, la padecen tanto personas adultas como adolescentes y niños, personas físicamente sanas como personas con alguna discapacidad o enfermedad; siendo más frecuente en estos últimos. (p.48)

Neurotransmisores y depresión

Las células nerviosas de nuestro cerebro son las neuronas, y la comunicación química existente entre estas presenta singulares particularidades, una de las más llamativas es que, a pesar de estar separadas por minúsculos espacios, las neuronas nunca se tocan entre sí, no existe contacto. Al generalmente no tocarse, las neuronas necesitan sustancias que permitan su óptima comunicación. Para tal efecto, existen mensajeros químicos denominados como neurotransmisores. Dentro este apartado, he querido recalcar de una manera simple pero clara, la importancia de los neurotransmisores dentro de la regulación de nuestro estado de ánimo, además de los principales neurotransmisores relacionados con la patología depresiva.

Los neurotransmisores básicamente son sustancias sencillas, sin embargo su importancia en el equilibrio cerebral es vital. Para entender mejor, los cientos de miles de mensajes o contactos que generan las neuronas entre sí, son transmitidos por los neurotransmisores cuya clasificación se divide principalmente en tres grupos determinados: aminoácidos, aminas y péptidos.

Soutullo (2005), establece que:

Es como si las neuronas fueran casas, los neurotransmisoras cartas y los receptores buzones. Cuando la neurona 1, quiere comunicarse con su vecina la neurona 2, le manda un neurotransmisor (una carta) que se une a la pared de la neurona 2 en el receptor (el buzón). Cada neurotransmisor solo se puede unir a su receptor, como una llave solo entra en su cerradura. Cuando, el

neurotransmisor se une al receptor de la neurona 2, esta se activa y manda el mensaje a la neurona 3. Finalmente, el neurotransmisor se despega del receptor y se recicla, volviendo a entrar en la neurona 1, para usarse otra vez más adelante. (p.25)

Dentro de la funcionalidad del cerebro, los neurotransmisores representan un papel decisivo para el correcto procesamiento de funciones motoras, emocionales e intelectuales. Así, el 100% de las acciones que el cerebro comunica a las diferentes estructuras del organismo para ser ejecutadas son transmitidas por ellos: desde la simple realización de movimientos corporales cotidianos, hasta ejecución de tareas intelectuales y modulación de emociones. Existen diferentes neurotransmisores, con características y particularidades propias: algunos son excitadores (activan la neurona) cuyo principal representante es la dopamina, después tenemos los moduladores (regulan la neurona) cuyo más importante es la serotonina y por último los inhibidores (calman la neurona) como el gaba.

Como mencionamos anteriormente, los neurotransmisores cumplen un papel importante dentro de la modulación de emociones, en este sentido para que un individuo sostenga un estado de ánimo “normal”, fundamentalmente se requiere que tres neurotransmisores: dopamina, serotonina y noradrenalina mantengan un balance y modulación adecuada. Si, al contrario, presentan alteraciones o un anormal funcionamiento, el individuo tendrá una tendencia a estar eufórico o deprimido sin causa aparente. Por ejemplo, como mencionamos la dopamina es un neurotransmisor excitador, relacionado intrínsecamente con las sensaciones de placer, en este sentido cuando ocurren alteraciones del metabolismo de la dopamina, el placer disminuye exponencialmente, rasgo característico en la patología depresiva. Diversos estudios e investigaciones determinan que los trastornos del estado de ánimo, especialmente la depresión, abarcan enfoques biológicos y psicológicos multicausales. En este contexto, desde una perspectiva eminentemente biológica, se sugiere que la patología depresiva, parece estar correlacionada con una anomalía en la transferencia de los impulsos nerviosos en las áreas cerebrales específicas que controlan el estado anímico.

Los neurotransmisores principalmente involucrados en la Fisiopatología de los Trastornos Depresivos son la serotonina y la noradrenalina. Como resultado de estas observaciones, es que se utiliza fármacos y medicaciones que actúan controlando la acción de estos neurotransmisores.

Para tal efecto, Soutullo (2005), establece que:

Las medicinas que ayudan en la depresión evitan que el neurotransmisor se recicle tras haber actuado, evitan que se recapte. Se llaman inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS); y al evitar que la serotonina se recapte o se retire a la neurona 1, sigue actuando y activando repetidamente la neurona 2. (p.26)

Así, básicamente consiste la regulación de los neurotransmisores en la patología depresiva por medio de antidepresivos. Sin embargo, es importante recalcar, que la intervención no debe ser únicamente farmacológica, sino al contrario, entendiendo que la compleja estructura de la depresión es multicausal, demanda un trabajo en conjunto, donde la atención psicológica oportuna y la administración de fármacos tienen el mismo nivel de importancia.

EL RENDIMIENTO ACADÉMICO

El rendimiento académico durante la adolescencia, representa una de las variables regularmente vinculadas con el fenómeno depresivo, su importancia radica en que se refiere al resultado cuantitativo alcanzado dentro del proceso de aprendizaje y como esta subjetiva evaluación afecta considerablemente el bienestar emocional del adolescente, lo que marca un aumento considerable de síntomas depresivos con repercusión en su desempeño académico. Figueroa (2004) define el Rendimiento Académico como “El conjunto de transformaciones operadas en el educando, a través del proceso enseñanza-aprendizaje, que se manifiesta mediante el crecimiento y enriquecimiento de la personalidad en formación” (p.25). Sobre la base de las consideraciones anteriores, entonces el rendimiento académico debería ser evaluado no únicamente por la capacidad de memorización de los estudiantes, sino más bien por la adquisición de

conocimientos, habilidades y experiencias que faciliten el desarrollo integral del individuo.

Pérez y Sánchez (como se citó en Castro Molinares, 2014) determinan que:

En el marco de la formación escolar, el rendimiento académico de los estudiantes constituye un factor impredecible y fundamental para la valoración de la calidad educativa y la enseñanza en todos sus niveles. Es el resultado de múltiples y complejos factores que intervienen en el proceso de aprendizaje y ha sido definido como un valor atribuido al logro del alumno en las tareas académicas, el cual se mide por medio de las calificaciones obtenidas, sean éstas cuantitativas o cualitativas, y cuyos resultados muestran las materias ganadas o perdidas, la deserción y el grado de éxito académico. (p.152)

Por tanto, considerando los planteamientos realizados, podemos definir el rendimiento académico como la valoración del conocimiento, que un alumno ha obtenido en el proceso educativo recurrente, que de una manera sistemática permite expresar a través de su medida base (calificaciones obtenidas en actividades y evaluaciones), el desarrollo adquirido en su formación académica en un período específico de tiempo. El recurrente sistema educativo establecido en nuestra sociedad, fomenta un modelo de enseñanza – aprendizaje enfocado a evaluar competencias y logros académicos en base exclusivamente a calificaciones, dejando de cierta manera de lado consideraciones importantes como entorno educativo o bienestar emocional.

García Cruz, Guzmán y Martínez (citados en Franco et al., 2011) definen:

El rendimiento académico como la capacidad de respuesta que presenta el estudiante ante diversos estímulos educativos previamente establecidos y también como el término que facilita conocer la calidad de la educación en todos sus niveles. Un rendimiento académico bajo conlleva al fracaso del educando y produce resultados que afectan a todos los miembros de la comunidad educativa como alumnos, padres, profesores y, por ende, a la sociedad. (p.68)

Resulta oportuno recalcar, que el rendimiento académico es un tema debatido a todo nivel. Primero, dentro de nuestros hogares, cuando uno de los miembros de nuestra familia refleja malas notas en alguna materia; en las instituciones educativas analizando metodologías innovadoras y reformas curriculares que potencien el desempeño educativo de sus educandos, e inclusive a nivel gubernamental donde se busca generar políticas públicas que permitan optimizar el sistema educativo en general. Sin embargo, el sistema educativo sigue siendo caduco, y esto se ve evidenciado en la proyección de resultados finales que constantemente reflejan un declive en el rendimiento de los estudiantes, afectando así a la familia, a la institución y a su vez la sociedad.

González (citado en Arévalo, 2008) señala que:

Las calificaciones escolares se han relacionado continuamente con la depresión, existe polémica sobre cuál es la secuencia más habitual: descenso del rendimiento escolar y aparición de la depresión o viceversa. Por tanto, se adopta una perspectiva mixta y se acepta que en ocasiones es el descenso escolar el factor de riesgo de la depresión, y en otras es la depresión el desencadenante del descenso académico. (p.22)

El rendimiento académico no debe ser evaluado únicamente por calificaciones, menos aún en la adolescencia, donde debería ser considerado desde un enfoque integral, que permita comprender objetivamente los efectos adyacentes a los que se ven expuestos los estudiantes. Es indiscutible, que la depresión y el descenso escolar están íntimamente ligados, tanto así que diferentes estudios como el anteriormente expuesto, la definen como una interrelación cíclica donde la depresión influye en el rendimiento académico y viceversa.

Castro Molinares (2014), determina que:

Para el Ministerio de Educación Nacional, el rendimiento académico es el resultado de la interacción entre múltiples capitales en juego, donde los recursos culturales, sociales, psicológicos y materiales, entre otros, facilitarán o dificultarán la continuidad en el sistema; en tal caso, el resultado académico es medido de acuerdo con la relación de asignaturas aprobadas sobre

asignaturas inscritas. Así las cosas, se ha considerado el rendimiento académico como un indicador de eficacia y calidad educativa, que depende no sólo de las aptitudes intelectuales del estudiante, sino de una serie de factores internos y externos a éste. Por ello, la respuesta al fracaso estudiantil no sólo la tienen los alumnos, sino los profesores y la institución educativa. (p.154)

Uno de los principales retos que tiene la sociedad contemporánea para con la adolescencia, es precisamente en torno al cambio radical y cualitativo de un sistema educativo caduco, carente de programas preventivos en salud mental o adaptaciones curriculares recurrentes, que cada vez más consiente que la tecnología se apodere a diario del aprendizaje e interés de nuestros adolescentes, y por separado el humanismo se encargue de la inclusión e interacción; cuando el objetivo de una educación integral se basa en el trabajo en conjunto de los diferentes componentes pedagógicos. Sin programas preventivos o mecanismos de atención profesionales, problemáticas actuales como la depresión, seguirán acosando el ambiente educativo, impidiendo un entorno educativo óptimo y sobretodo afectando la calidad de vida de nuestros adolescentes.

Factores de riesgo

La individualidad del adolescente radica fundamentalmente en su estructura cognitivo, afectiva y conductual, y en sus propias experiencias previas, desarrollando características específicas, actitudes, destrezas y habilidades propias que lo representan y distinguen. El concepto anterior descrito, propondría que el sistema educativo oferte una educación especial encaminada a optimizar las habilidades de cada individuo, perfeccionar su talento innato y potencializar su capacidad. Tal como Einstein (1923) afirmó: “Todos somos unos genios. Pero si juzgas a un pez por su habilidad de escalar un árbol, vivirá su vida entera creyendo que es estúpido”. Sin embargo, sería una utopía lograr una educación desde este enfoque en la sociedad contemporánea, la realidad del sistema educativo es que, en general, las instituciones educativas otorgan una educación dirigida a estudiantes promedio que no exhiben diferencias entre sí y que no presentan mayor alteración, afectación o déficit en su proceso evolutivo. En

consecuencia, adolescentes que por algún motivo se desalinean de este “promedio” están en claro riesgo de fracaso escolar. Jadue (2002) señala:

Un estudiante en riesgo no significa que sea retrasado o que tenga alguna incapacidad. La designación “en riesgo” se refiere a características personales o a circunstancias del medio escolar, familiar o social que lo predisponen a experiencias negativas tales como deserción, bajo rendimiento, trastornos emocionales, alteraciones de la conducta, embarazos no deseados, drogadicción, etc. (p.194)

González (1993), concluye que:

Como resultado, estos jóvenes, para quienes en un momento dado la actividad de estudios representaba una unidad de crecimiento, convertían su experiencia en una unidad de involución que deformaba su estilo cognitivo como reacción posterior, dedicándose a aprender sólo de memoria y de manera descriptiva, únicamente para obtener el máximo de puntuación. Su interés por la actividad de estudio mermaba, porque en la medida en que trataban de memorizar para no fallar en nada, su actuación reflexiva disminuía y realmente los puntos de estimulación que la actividad de conocimientos les podía brindar, se reducían casi a cero. A la vez, creaban una mayor inseguridad en su propia potencialidad y numerosos problemas en las relaciones con sus semejantes: de ese modo convertían su experiencia en una verdadera crisis de la adolescencia. (p.7)

De esta manera, el proceso pedagógico no debe ser enmarcado únicamente alrededor de un puntaje o de una calificación, ya que representa únicamente una valoración subjetiva del aprendizaje obtenido por el estudiante, dependiente de su nivel de memorización o consistencia, más no de su capacidad reflexiva o de resolución de problemas. En consecuencia, al no generar resultados esperados, el propio adolescente crea una inseguridad en el ámbito social que indiscutiblemente afecta su bienestar emocional.

Si la prevención no es adecuada, y las problemáticas a nivel emocional o de rendimiento académico no son atendidas idóneamente, no solo generan constantes dificultades en el aprendizaje de los adolescentes, a la par se produce una

significativa afectación en la capacidad de los maestros para enseñar y la de sus compañeros para aprender, afectando considerablemente el entorno educativo. Las alteraciones emocionales y conductuales de estos adolescentes, no solo afectan su óptimo desarrollo, sino además afectan a sus pares, a la eficiencia del maestro y a todo el entorno de la institución. En consecuencia, diversos estudios establecen múltiples programas de prevención y atención integral, en torno a diferentes contextos de la adolescencia, especialmente relacionados a depresión.

Tipos de rendimiento académico

Se han establecido diversos tipos de clasificaciones en torno al rendimiento académico, sin embargo, mencionaremos únicamente las más reconocidas a nivel educativo en nuestra región.

En primer lugar, el rendimiento académico individual radica en la capacidad del individuo para adquirir los conocimientos y competencias necesarias optimizando su desarrollo personal y mejorando su calidad de vida. Las competencias atribuidas en relación al rendimiento individual sobretodo van relacionadas a metas, habilidades y experiencias adquiridas previamente y expresadas en su vida cotidiana. A su vez, el rendimiento individual se subdivide en: Rendimiento general cuando se manifiesta dentro del proceso educativo y Rendimiento Específico cuando se expresa a través de la resolución de problemas personales.

En segunda instancia, tenemos el rendimiento académico social donde la institución educativa se convierte en un nexo entre el individuo y la sociedad. El establecimiento educativo al tener acceso total al estudiante, y como tal a su proceso educativo, influye exponencialmente no solo en el individuo como tal, sino también en la sociedad donde este se desarrolla. En efecto, las instituciones educativas tienen la tarea de aportar a la sociedad contemporánea con individuos íntegros y responsables que fomenten el desarrollo de la comunidad, cuando esto no sucede y el rendimiento académico fracasa, no solo afecta el bienestar emocional del individuo, sino también el óptimo desarrollo de la sociedad. El rendimiento social se subdivide en: Rendimiento Cognoscitivo (factores de

riesgo), Rendimiento Procedimental (habilidades aprendidas) y Rendimiento Actitudinal (inteligencia emocional).

Por otro lado, diferentes autores, dividen al rendimiento académico bajo según el momento de aparición de la problemática, facilitando la detección temprana y la aplicación de medidas correspondientes.

Portellano (citado en Ferrel, 2014) establece que:

Una característica del bajo rendimiento académico está dada en función del momento de aparición del mismo. Así, cuando se da un rendimiento escolar insuficiente desde los inicios de la escolaridad, y éste tiende a persistir si no se emplean las estrategias correctivas, se habla de fracaso escolar primario. Por el contrario, existe también el fracaso escolar secundario, que es el que afecta al individuo que tiene normalmente un rendimiento suficiente, pero en cualquier fase de la escolaridad empieza a fracasar en sus estudios. El fracaso escolar primario, suele corresponder a dificultades madurativas del sistema nervioso, mientras que el secundario por lo general se encuentra asociado a dificultades emocionales y suele aparecer en los últimos grados de la educación primaria o durante la educación secundaria. (p.36)

El inicio del rendimiento académico insuficiente determina particularidades propias de la adolescencia y nos ayuda a establecer diferencias claras inherentes a esta problemática. El fracaso escolar primario se refiere al desempeño educativo del individuo desde los inicios de la escolaridad, sin mostrar evolución o mejoría, la tendencia establece que el rendimiento académico bajo persiste, si no es atendido con herramientas psicopedagógicas correctivas. El fracaso escolar primario generalmente está ligado a afectaciones madurativas del Sistema Nervioso, e incluso particularidades endógenas. Por otro lado, surge el denominado fracaso escolar secundario. Básicamente, cuando un individuo generalmente tiene un desempeño académico normal o suficiente, y de un momento a otro, en cualquier fase de la escolaridad, empieza a bajar su rendimiento y fracasa en sus estudios se denomina fracaso escolar secundario. Este último está relacionado a dificultades emocionales (estrés, ansiedad,

depresión) y aparece inesperadamente en cualquier fase de la educación secundaria.

Reseña histórica de la Educación

A lo largo de la historia, las instituciones educativas en sí, han representado un rol fundamental en la evolución de la sociedad contemporánea, desde la formación básica de los individuos hasta su desarrollo óptimo e integral, forjándolos como entes productivos, tolerantes y comprometidos con un bienestar común. En la adolescencia, el individuo entra en una compleja etapa de transición física y psicológica, en la cual tanto la sociedad como la institución educativa definirán especialmente su identidad.

En las antiguas sociedades, la formación educativa dirigida a la juventud era exclusividad de sus padres, se centraba en valores y moralidad, pero conservaba las diferencias culturales y cognitivas que una verdadera educación margina. Posteriormente, las instituciones religiosas asumen con los intereses colectivos y humanos de la enseñanza; esta etapa logra mejorar en cierta medida su objetivo social, sin embargo, carecía evidentemente de bases científicas. Por último y hasta la actualidad, el Estado asume la representación de formar y educar a los adolescentes, o por lo menos a controlar y administrar a las instituciones que la imparten. No obstante, las políticas públicas en relación al sistema educativo no siempre son acertadas, es decir, en realidad todos valoramos las reformas curriculares, la capacitación constata o la innovación en metodología de estudios, sin embargo si somos observadores, podremos notar, que todas van dirigidas al enfoque meramente cognitivo del proceso educativo, dejando de lado aspectos fundamentales en el desarrollo integral de los individuos como son las relaciones sociales o el bienestar emocional.

El adolescente y la educación media

El inicio de la adolescencia coincide inexcusablemente con la Educación Media, es una correlación ineludible, que difiere exponencialmente con otros períodos educativos como la escuela o la universidad. Este proceso enfocado desde un sistema integral de aprendizaje, potencializado con un entorno educativo de inclusión y calidez, facilita al adolescente, primero: su bienestar emocional al

sentirse adaptado y posesionado de su entorno, y después, incrementa enormemente la predisposición del estudiante hacia el denominado proceso de enseñanza – aprendizaje. No obstante, la realidad del sistema educativo ecuatoriano e incluso latinoamericano, evidencia profundos vacíos sobretodo alrededor de la salud mental y bienestar emocional, las instituciones educativas son poco reactivas en este sentido, no ofrecen programas preventivos o psicoeducación emocional a sus estudiantes, esto unido a la morfología y particularidades propias de la adolescencia, predisponen al estudiante hacia factores de riesgo como la depresión, libertinaje, embarazos no deseados o drogadicción, que a su vez conducen al fracaso escolar. Las problemáticas a las que se ve expuesto el adolescente dentro de la educación media, son marcadamente diferentes a las que el mismo experimenta en la infancia o en la adultez. No se trata únicamente de cambios hormonales o procesos madurativos, como ya destacamos antes, el adolescente en la educación media se enfrenta a pensamiento abstracto, valoración propia y aceptación social.

Por otro lado, es indiscutible, que ciertas emociones favorecerán la dinámica de enseñanza-aprendizaje, y otras al contrario dificultarán este proceso; en este sentido es normal la combinación de emociones disímiles dentro del frecuente comportamiento de los adolescentes, sin embargo cuando el individuo entra en un estado depresivo prolongado, la dinámica enseñanza-aprendizaje se ve estancada, no existen avances, ni siquiera interés, de a poco se va mermando la motivación de adquirir conocimientos, el rendimiento académico decae y más allá de eso, todo el entorno educativo se ve afectado.

Antoni (citado en Castro Molinares, 2014) establece que:

El rendimiento escolar posee como indicador más aparente y recurrente las notas o los resultados escolares de los alumnos. Además, se trata de un constructo complejo, que viene determinado por un gran número de variables como inteligencia, motivación, personalidad, actitudes, contextos, etcétera. Por último, hace hincapié en que el rendimiento escolar no sólo quiere decir obtener mejores notas, por parte de los estudiantes, sino aumentar, también, el

grado de satisfacción psicológica, el bienestar del propio alumnado y del resto de elementos implicados: padres, profesores y administración. (p.153)

En este sentido, y como se mencionó en apartados anteriores, se puede sustentar firmemente, que el Rendimiento Académico dentro del complejo proceso de enseñanza-aprendizaje, no sólo envuelve evaluaciones superficiales y calificaciones subjetivas, sino que, por el contrario, en el caso específico de los adolescentes, es importante destacar que tanto: el desarrollo integral como la madurez psicológica que posea son sustanciales en su desempeño educativo. Precisamente aquí, entra el papel del docente, cuya capacidad para motivar e incentivar a sus educandos, y sobretodo fomentar un entorno educativo cálido incidirá considerablemente en el rendimiento académico de los mismos. Ningún docente íntegro y profesional debería descuidar la importantísima tarea de atender, o por lo menos vigilar el bienestar emocional de sus estudiantes, mucho más en el colegio donde la adolescencia es parte taxativa de la Educación Media.

Aprendizaje y rendimiento académico

Tomando como referencia los aportes de Gallego & Honey (citados en Castro Molinares, 2014) plantean que:

La forma como los seres humanos desarrollan, a partir de sus rasgos cognitivos, afectivos, fisiológicos y de personalidad, sus propios métodos y estrategias para aprender, permiten matizar su estilo particular de aprendizaje. De ello se infiere que el conocimiento del estilo de aprendizaje de los alumnos se constituye en una herramienta docente para adaptar su enseñanza y lograr así un óptimo rendimiento escolar, al tiempo que permitirá el diseño de evaluaciones más apropiadas para verificar y monitorear el progreso de sus estudiantes. (p.156)

Los individuos desarrollan estilos de aprendizaje propios, adaptados a sus características y particularidades, que le permiten de una manera objetiva aprender eficazmente. En la educación moderna, existen múltiples tipos y metodologías de aprendizaje, todas prometiendo un proceso de adquisición de conocimientos fácil y rápido, sin embargo, la realidad es que cada uno de nosotros diseñamos nuestro propio estilo de aprendizaje en base principalmente a

nuestros rasgos propios y a las experiencias previas. Resulta oportuno destacar, que los estilos de aprendizaje son similares a los de personalidad, no existen estilos puros y precisos, no existen modelos correctos o incorrectos de aprender, simplemente hay que entender que las personas aplicamos diferentes modelos de aprendizaje, aunque generalmente uno de ellos predomine.

Por esta razón no todas las personas aprendemos de la misma forma, ni con la misma eficiencia. Precizando de una vez, es muy sencillo ejemplificar las consideraciones anteriores, basta con dirigirse a cualquier curso de un establecimiento educativo y pedir a los estudiantes que se agrupen y preparen para una lección de una asignatura específica. Todos los estudiantes están en el mismo nivel, la mayoría incluso tienen la misma edad y están estudiando la misma materia impartida por el mismo docente, sin embargo, los resultados en cuanto a adquisición de conocimientos, fluidez de aprendizaje, comprensión lectora e incluso en torno a dudas e inquietudes difieren entre los participantes, por lo tanto, es sencillo concluir que cada individuo tiene un estilo de aprendizaje propio, y en base a este aprende de manera diferente a sus compañeros.

Bruner (citado en García Retana, 2012) considera que:

El aprendizaje involucra tres procesos, que considera son casi simultáneos: la adquisición (que implica información nueva o un refinamiento de la información ya existente), la transformación (que implica el manipular el conocimiento para ajustarlo a las nuevas tareas) y la evaluación (para comprobar si la manera en que manipulamos la información es la adecuada). Para lograr esto, el proceso educativo debe tener en cuenta la predisposición del individuo hacia el aprendizaje, lo que de una u otra manera implica el carácter emocional con que se asume el aprendizaje en sí mismo. (p.103)

Asociación del rendimiento académico y los trastornos depresivos

La magnitud de las investigaciones alrededor de la depresión infantil es menor comparado a la depresión en adultos, aunque son similares en muchos aspectos, indiscutiblemente la afectación que tiene la patología alrededor del bienestar emocional del adolescente, la vuelve mucho más compleja y destructiva. Desde los estudios pioneros alrededor de la depresión infantil, el rendimiento académico

y el fracaso escolar han sido variables comúnmente involucradas con el trastorno. En este sentido, desde las múltiples perspectivas etiológicas y conceptuales se determina la inherente interrelación entre el rendimiento académico con la enfermedad, adquiriendo así una compleja importancia dentro de los cuadros depresivos.

Del Barrio (como se citó en Arévalo Luna, 2008) afirma que:

En la actualidad la mayoría de expertos apoyan la idea de la interacción entre lo biológico y lo ambiental, de tal manera que es posible que ante los mismos acontecimientos dos sujetos reaccionen de forma diferente porque tienen un sustrato que procesa de distinta manera una misma información o porque han tenido experiencias diferentes. (p.18)

Sobre la base de la idea expuesta, se entiende que las experiencias previas determinarán en gran medida, la diferente reacción de dos grupos adolescentes envueltos en una situación similar dentro del entorno educativo. Así, el primer grupo tomará la situación de una forma negativa o dramática, enfocándose únicamente en lo malo, mientras que el segundo, ante la misma situación, tomará lo positivo y aprenderá de sus errores. Precizando de una vez, en relación exclusivamente a las variables de nuestro trabajo, inferimos que dentro de un mismo curso, con idéntica metodología de estudio, impartida por el mismo profesor, potencialmente existirán estudiantes que presenten niveles depresivos, sin embargo otro grupo ante la misma situación no presentará sintomatología.

Las diferentes categorías diagnósticas, además de los manuales vigentes de trastornos mentales e instrumentos de evaluación de mayor relevancia incluyen al rendimiento académico como uno de los componentes constantes en la enfermedad, representando así una dimensión fundamental dentro del diagnóstico oportuno. Hace décadas, “al amparo de la concepción de la depresión infantil enmascarada, se consideraba al fracaso escolar como el síntoma más representativo tras el cual el niño ocultaba su depresión; desde concepciones más cognitivas se alude a problemas de concentración y enlentecimiento del pensamiento como síntomas relacionados a la aparición del síndrome” (Cabrera

& Jiménez, 2005, p.90). Por otro lado, en la actualidad, lo ideal es entender el fracaso escolar como parte inherente del complejo cuadro sintomatológico de la depresión en adolescentes, así se contempla como un efecto de circularidad evidente, donde el rendimiento académico bajo potencialmente genera depresión, y a su vez la depresión afecta el estado académico de los adolescentes.

Docentes en el proceso de enseñanza – aprendizaje

Luna (2014), determina que:

El papel del docente se centra en inducir motivos en sus estudiantes en lo que respecta a sus aprendizajes y comportamientos para aplicarlos voluntariamente a los trabajos y tareas de la clase, dotándolas de un fin determinado, contribuyendo de este modo a que los educandos desarrollen gusto por la actividad escolar y comprendan su utilidad personal y social, en otros términos, al docente le corresponde ofrecer la dirección y la guía pertinentes en cada situación. El maestro mediante su actuación debe manejar una serie de factores concretos y modificables en los que se transmiten además mensajes positivos tales como: El nivel de involucramiento de los estudiantes en torno a los trabajos, la motivación, el tono afectivo de la situación, los sentimientos de éxito e interés, las sensaciones de influencia y afiliación al grupo. (p.110)

El importantísimo rol que cumplen en la actualidad los maestros sobrepasan las denominadas capacitaciones contantes o actualizaciones de conocimiento periódicas, ahora tanto el sistema educativo contemporáneo como el propio estudiante demandan un profesional integral, que reúna tanto conocimientos empíricos y metodologías innovadoras como aptitudes y competencias en relación al bienestar emocional de sus estudiantes. La Programación Neurolingüística (PNL) o el mindfulness solo por mencionar algunos programas, surgen como opciones convenientes para la formación de un profesional idóneo, pendiente tanto del rendimiento académico del estudiante como de su desarrollo integral.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, el papel del docente no solo debe cobrar relevancia alrededor de aspectos metodológicos o cuantitativos que

indudablemente son parte importante dentro del complejo proceso de enseñanza, sin embargo, debe incluir dentro de sus competencias un rol protagónico dentro del bienestar emocional de los estudiantes, convirtiéndose desde un mediador innato de apoyo y ayuda, hasta una fuente constante de motivación y sueños.

Si la prevención no es adecuada, y las problemáticas a nivel emocional o de rendimiento académico no son atendidas idóneamente, no solo generan constantes dificultades en el aprendizaje de los adolescentes, a la par se produce una significativa afectación en la capacidad de los maestros para enseñar y la de sus compañeros para aprender, afectando considerablemente el entorno educativo. Las alteraciones emocionales y conductuales de estos adolescentes, no solo afectan su óptimo desarrollo, sino además afectan a sus pares, a la eficiencia del maestro y a todo el entorno de la institución.

En consecuencia, diversos estudios establecen múltiples programas de prevención y atención, en torno a diferentes contextos especialmente en torno a depresión por rendimiento académico o estrés postraumático por bullying. Hecha la observación anterior, es fundamental invertir en profesionales capaces de atender y direccionar el bienestar emocional del estudiante principalmente en torno a la depresión. Los maestros modernos entienden que el bienestar emocional es un aspecto influyente dentro del proceso de enseñanza y el saber manejar adolescentes con indicios depresivos, ejerciendo supervisión y apoyo oportuno, marcará la diferencia en todo el entorno educativo. Los programas de capacitación y entrenamiento deben ser constantes y actualizados, buscando siempre fomentar un ambiente de aprendizaje de calidad y calidez.

Cabe destacar una investigación innovadora realizada por Muñoz y Guzmán (2010) donde afirman que: “Las escuelas con mejor infraestructura física y tecnológica, recursos didácticos de mejor calidad y maestros con niveles más altos de habilidades y experiencia logran mejores resultados académicos” (p. 25). Es decir, esta investigación propone que en instituciones educativas que cuentan con infraestructura idónea, docentes en continua capacitación y recursos bibliográficos competentes proporcionarán a sus estudiantes un proceso de enseñanza – aprendizaje más flexible y con resultados académicos

potencialmente superiores. Sin embargo, la misma investigación concluye no se puede establecer la medida exacta donde se proyecte que tanto los recursos humanos como los insumos físicos afecten o incrementen por separado el rendimiento académico. Significa entonces que el rendimiento académico de los estudiantes no obedece exclusivamente a la calidad de los materiales que la institución ofrezca a sus educandos, sino más bien a un trabajo en conjunto entre infraestructura física, maestros idóneos y estudiantes motivados.

JUSTIFICACIÓN

Esta tesis representa un proyecto integral enfocado a generar datos, cifras e información real relacionada con el impacto de la depresión en el rendimiento académico de los adolescentes del ciclo básico de la Unidad Educativa Técnica “Mitad del Mundo”. Este innovador trabajo de investigación toma importancia, al entender que la institución educativa no dispone de indicios o evidencias reales de la depresión y su indudable influencia en el desempeño educativo. Simultáneamente, desde un estudio descriptivo transversal se ha realizado una investigación específica a la educación ecuatoriana, implementando reactivos psicológicos confiables, estadísticas actuales e innumerables estudios científicos relacionados a la problemática.

La depresión en adolescentes se ha transformado desde hace algunos años en un fenómeno actual y recurrente dentro del entorno educativo, en este sentido resulta desalentador cuando se comprende íntegramente que esta problemática maximiza significativamente el deterioro progresivo de la adaptación psicosocial y el correcto desarrollo de nuestros adolescentes, afectando considerablemente diferentes esferas de la vida. Dentro de este contexto, indudablemente una de las esferas más afectadas es la educativa, así el colegio representa para el adolescente su segundo hogar, donde convive la mayor parte de su tiempo y en donde sus experiencias cognitivas y emocionales forjarán gran parte de su personalidad. Paradójicamente, las instituciones educativas dirigen sus esfuerzos únicamente al desarrollo cognitivo de los estudiantes, desatendiendo su dimensión afectiva y exponiendo a sus adolescentes a diferentes trastornos emocionales, especialmente

a patologías depresivas. Al descuidar la esfera afectivo- emocional del adolescente, su familia y la propia institución educativa sin saberlo, llegan a componer parte del círculo vicioso de la depresión generando graves consecuencias en su futuro inmediato.

Compas y Opendisano (como se citó en Jadue,2002) sostienen que:

La prevalencia de los síntomas depresivos aumenta durante el desarrollo. Estos síntomas están asociados con dificultades en el rendimiento académico y en las relaciones interpersonales. Asimismo, cuando estos problemas se presentan en etapas tempranas de desarrollo, son predictores de problemas similares en la adultez. (p.200)

Es conocido por la comunidad, que la problemática de la depresión y su inevitable incidencia en el rendimiento académico representa, sin dudas, un fenómeno social y educativo recurrente, que al ser multicausal requiere ser enfocado desde una perspectiva interdisciplinaria, con trabajos complementarios y en conjunto de todos los protagonistas que conforman la comunidad educativa. El diagnóstico temprano y atención efectiva son vitales dentro de esta patología, y en este sentido se precisa contar con herramientas y datos reales de esta problemática dentro de la institución. Este trabajo investigativo, precisamente permite generar datos, cifras y porcentajes útiles y objetivos que permitirá a la Unidad Educativa Técnica “Mitad del Mundo” manejar de manera sustentable y factible iniciativas claras en búsqueda de la prevención de niveles depresivos en sus estudiantes.

Así, los beneficiarios de esta tesis son en un principio los estudiantes, sus familias y la propia institución, quienes, expuestos a escasos programas preventivos, obtendrán en esta investigación una oportunidad real para concientizar sobre la importante influencia de esta patología dentro de los adolescentes.

La propuesta de investigación es eminentemente factible y ejecutable, ya que ha sido aprobada desde sus bases por las autoridades pertinentes de la institución, quienes acertadamente permiten investigaciones serias e innovadoras, que primordialmente buscan aportar con resultados y herramientas reales que

permitan la comprensión del fenómeno de la depresión en adolescentes, así como su oportuna atención e intervención, brindando una educación integral.

Finalmente, esta tesis obtiene mayor importancia, en la medida que el estudio investigativo no es únicamente adaptable a un solo enfoque de la Psicología; es decir cobra relevancia al comprender que tiene cobertura para ser adaptada dentro de la Psicología Educativa (Rendimiento Académico), en la Psicología Clínica (Depresión) y la Psicología Social (Adolescencia), además puede ser utilizada como base de análisis para emprendimientos del Departamento de Consejería Estudiantil e incluso como fuente para futuras investigaciones similares.

Es un aporte integral al estudio de la interrelación entre rendimiento académico y adolescentes, que acertadamente pretende cumplir satisfactoriamente las expectativas de la comunidad educativa de la institución, permitiendo enfocar una educación de mayor calidad y en consecuencia una sociedad notoriamente más equitativa.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la influencia de la depresión en el rendimiento académico en adolescentes del Ciclo Básico de la Unidad Educativa Técnica “Mitad del Mundo” de la ciudad de Quito, durante el año lectivo 2016-2017.

Objetivos Específicos

- Establecer el nivel de depresión en los estudiantes del Ciclo Básico en la Unidad Educativa Técnica “Mitad del Mundo” de la ciudad de Quito, durante el año lectivo 2016-2017.
- Especificar el nivel de rendimiento académico en los estudiantes del Ciclo Básico en la Unidad Educativa Técnica “Mitad del Mundo” de la ciudad de Quito, durante el año lectivo 2016-2017.
- Diseñar una propuesta, para la prevención de la depresión en adolescentes en la Unidad Educativa Técnica “Mitad del Mundo” de la ciudad de Quito, durante el año 2017.

CAPITULO II

METODOLOGÍA

Diseño del trabajo

Esta investigación es de carácter correlacional, de tipo transversal y de diseño cuantitativo no experimental. Se denomina correlacional debido a que el grado de relación entre las dos variables “depresión” y “rendimiento académico” se determinó mediante un coeficiente de correlación. El diseño es eminentemente cuantitativo no experimental, ya que las variables son objetivas, sin ser modificadas, orientando la medición a la realidad existente. En relación a la temporalidad el estudio fue de tipo transversal, ya que la información y los datos del instrumento psicológico fueron recolectados en un momento específico.

Área de estudio

La presente tesis fue ejecutada tomando como base el campo de la Psicología Educativa, en la Unidad Educativa Técnica “Mitad del Mundo”.

Enfoque

Esta investigación presenta un enfoque cuantitativo, cuyo objetivo principal gira en torno a identificar el nivel de depresión de la población compuesta por los estudiantes del Ciclo Básico de la institución y su incidencia en el rendimiento académico. Los datos y resultados obtenidos dentro de la medición de las dos variables fueron sometidas a rigurosos análisis estadísticos, demostrando el enfoque cuantitativo de esta tesis.

Población y muestra

La población base con la que se trabajó este proyecto investigativo se conformó por 550 estudiantes matriculados del Ciclo Básico de la Unidad Educativa Técnica “Mitad del Mundo” durante el año lectivo 2016-2017.

Fórmula para calcular la muestra

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{(n_0 - 1)}{n}}$$

n_0 = Tamaño probabilístico inicial – 384

Z = Nivel de confiabilidad (95%) – 1,96

P = Probabilidad de ocurrencia – 0.5

Q = Probabilidad de no ocurrencia

N = Población tamaño – 500

e = Error de muestreo 0.05 (5%)

$$n_0 = \frac{Z^2 PQ}{e^2}$$

$$n_0 = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2}$$

$$n_0 = 384$$

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{(n_0 - 1)}{N}}$$

$$n = \frac{384}{1 + \frac{384 - 1}{500}}$$

$$n = 216$$

$n = 216$ Estudiantes del Ciclo Básico de la Unidad Educativa Técnica “Mitad del Mundo”

ESTRUCTURA DE LA MUESTRA

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	123	54%
Masculino	104	46%
TOTAL	227	100%

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
12-13 años	112	49%
14-15 años	101	44%
16 años	14	7%
TOTAL	227	100%

ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
Octavo	109	50%
Noveno	38	18%
Décimo	69	32%
TOTAL	216	100%

Tabla N°1 Descripción de la Muestra Estudiada
Elaborado por: Santiago Patricio Ubillús Castañeda
Fuente: Investigación de campo

Gráficos de la descripción de la muestra seleccionada

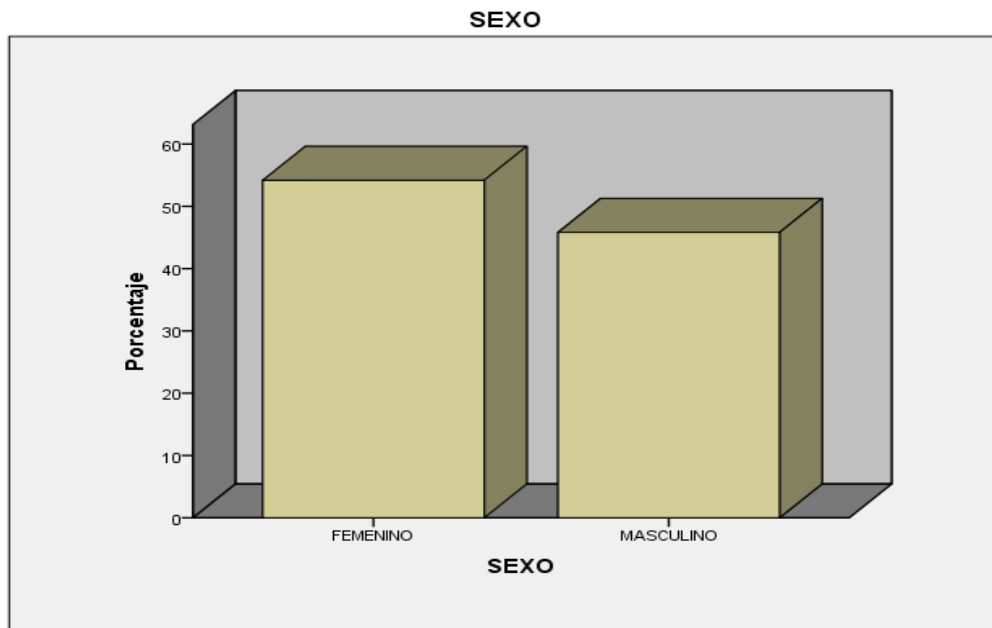


Gráfico N°1 Descripción de la muestra estudiada “sexo”

Elaborado por: Santiago Patricio Ubillús Castañeda

Fuente: Investigación de Campo

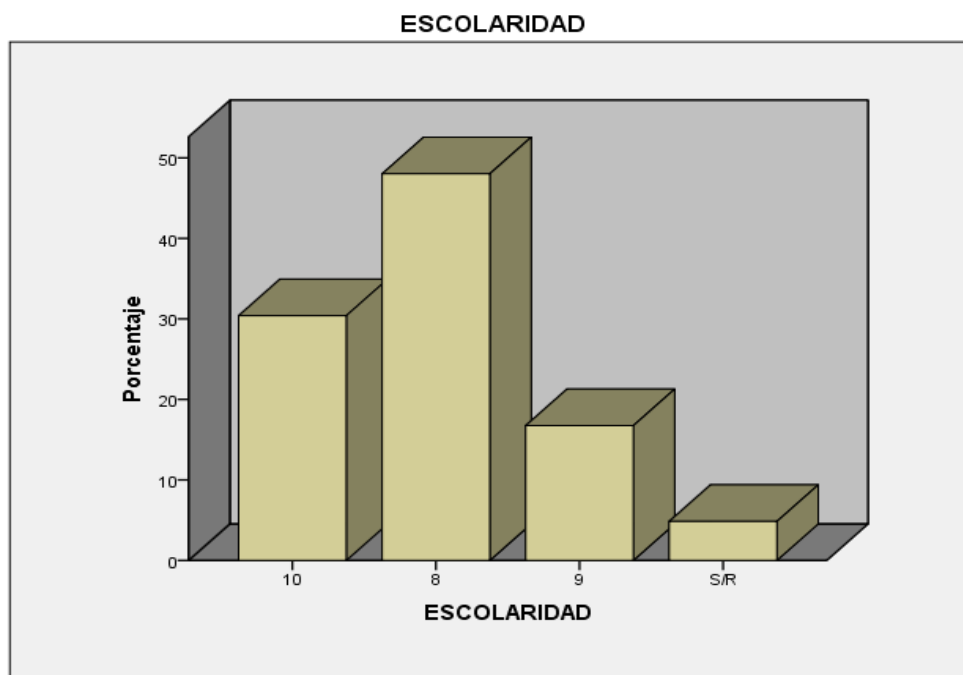


Gráfico N°2 Descripción de la muestra estudiada “escolaridad”

Elaborado por: Santiago Patricio Ubillús Castañeda

Fuente: Investigación de Campo

Instrumentos de investigación

El instrumento psicológico que se utilizó para medir la primera variable “depresión” es el Inventario de Depresión Infantil CDI (Children’s Depression Inventory), este inventario tiene como objetivo “evaluar síntomas depresivos más esenciales en niños y adolescentes de entre 8 a 16 años, a través de las siguientes dimensiones: Estado de ánimo disfórico (visión negativa de sí mismo), Ideas de auto desprecio (visión negativa del medio y del futuro)” (Arévalo, 2008, p.9).

Nombre en español: Inventario de Depresión Infantil C.D.I	Administración: Individual y colectiva
Autora: María Kovacs (1977)	Ámbito de Aplicación: Niños y niñas de 8 a 16 años de edad
Procedencia: Canadá	Duración: Tiempo aproximado 15 a 20 minutos
Adaptación española: Polonio Lorente (1988) España	Adaptación y Estandarización en América Latina: Edmundo Arévalo Luna

Tabla N°2 Descripción de Instrumento de Investigación

Elaborado por: Santiago Patricio Ubillús Castañeda

Fuente: Inventario Depresión CDI

El CDI indica la intensidad de niveles depresivos en niños y adolescentes en 27 situaciones específicas expuestas en el cuestionario, su calificación consta de tres parámetros los cuales son: (0) Nunca, 1 (Algunas Veces) y 2 (Siempre). La tipificación determina baremos para escolares del nivel primario, y adolescentes del nivel secundario de ambos sexos. Su consistencia y validez radica en medir los desórdenes asociados a la depresión, considerando el tiempo de duración de dos semanas como mínimo. Así, la adaptación y estandarización del CDI para Latinoamérica, conserva el origen del Inventario desarrollado por María Kovacs (1977), sin embargo, se ha adaptado a la realidad latinoamericana y a las particularidades de la región, surgiendo de esta manera como una herramienta efectiva para medir la depresión de una manera integral.

Para la segunda variable se utilizó el promedio de las calificaciones obtenidas en el transcurso de los dos quimestres del año lectivo 2016-2017. Las calificaciones finales con las que terminaron el año lectivo servirán para establecer la relación entre niveles depresivos y rendimiento académico.

Procedimientos para obtención y análisis de datos

En primera instancia se realizó una investigación bibliográfica, para determinar los instrumentos o reactivos psicológicos que permitiría la medición objetiva y exacta de las variables. Ningún dato del inventario CDI o de las calificaciones finales fueron modificados. Posteriormente, se procedió a imprimir el inventario original fue presentado en la institución y socializado para la autorización de la aplicación del mismo. En el mes de junio, del año en curso, se aplicó el Inventario de Depresión Infantil (CDI) en 227 estudiantes de la unidad educativa, de los cuáles 11 adolescentes no respondieron o se retiraron. Finalmente, los datos fueron ingresados a una base de datos, donde los resultados obtenidos sirvieron como fuente de análisis estadístico y como base para la ejecución de la propuesta planteada.

Actividades

Este trabajo de investigación se realizó acorde a la planificación establecida por la Universidad Tecnológica Indoamérica dentro de lapsos definidos:

Las actividades fueron las siguientes:

Plan de Tesis:

La presente actividad se ejecutó en el mes de febrero del año en curso, y consistió en la elaboración del cuerpo de la investigación, se realizó un informe escrito de acuerdo al formato establecido por la institución a ser presentado al director de carrera, una vez evaluada la factibilidad de la tesis, el tema fue debidamente aprobado.

Elaboración del marco teórico de las variables:

A partir del mes de mayo se recopiló información actual sobre las variables objeto de estudio mediante: artículos científicos, páginas indexadas y libros referentes que sirvieron como base para este apartado. Además, se recopiló la bibliografía pertinente y se investigó el reactivo psicológico más conveniente para ser utilizado.

Aplicación del Instrumento Psicológico

Al analizar varias opciones alrededor del instrumento más idóneo para esta investigación, se decidió utilizar el CDI Children's Depression Inventory (Arévalo, 2008) ya que es una herramienta objetiva que expone de manera clara los niveles depresivos en adolescentes, además de estar adaptado a las particularidades de Latinoamérica. Conjuntamente con la institución se acordó horarios para la evaluación, siendo realizada en el mes de junio del presente año.

Digitación y Tabulación de Datos

Culminada la evaluación del CDI por el total de la muestra y adjuntando las notas finales del año lectivo 2016 -2017, inmediatamente se procedió a digitar y tabular todos los datos correspondientes al instrumento utilizado. Creada una base de datos importante se procedió a generar tablas estadísticas y gráficas porcentuales.

Análisis de los Resultados

Elaboradas las tablas y gráficos porcentuales se procedió al análisis e interpretación de cada gráfico y resultado obtenido en el procesamiento estadístico previo. Esta actividad se culminó en las últimas semanas de agosto.

Elaboración de Conclusiones, Recomendaciones y Discusión

Con base en la interpretación de los datos obtenidos en el análisis de los resultados, se finaliza planteando las conclusiones respondiendo a los objetivos previamente establecidos, las recomendaciones y por último la discusión que genera una comparativa entre los resultados obtenidos y los antecedentes bibliográficos. Esta actividad se realizó las primeras semanas de septiembre.

Estructuración y Creación de la Propuesta

Finalizado el planteamiento de conclusiones y recomendaciones, se emprende la estructuración de la propuesta que gira alrededor del "Programa para la disminución de niveles depresivos y potencialización de bienestar emocional en

adolescentes de la Unidad Educativa Técnica “Mitad del Mundo”. La propuesta se llevó a cabo las últimas semanas de septiembre.

Revisión Final del Tutor

Culminado todos los apartados estipulados en la elaboración del estudio, la investigación fue presentada a la tutora, para ser analizada y posteriormente aprobada, finalizando exitosamente con el proceso de titulación. La aprobación de la tesis se realizó la segunda semana de enero.

CAPITULO III

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Diagnóstico de la situación actual

DISFORIA

Niveles Totales de Estado de Ánimo Disfórico

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
No Síntomas	119	55%
Mínima Moderada	83	38%
Marcada Severa	8	4%
Grado Máximo	6	3%
TOTAL	216	100%

Tabla N°3 Niveles Totales de Disforia

Elaborado por: Santiago Patricio Ubillús Castañeda

Fuente: Investigación de Campo

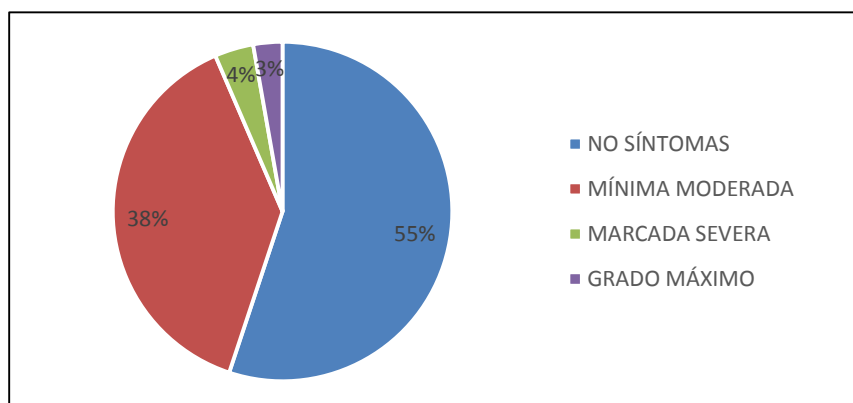


Gráfico N°3 Niveles Totales de Disforia

Elaborado por: Santiago Patricio Ubillús Castañeda

Fuente: Investigación de Campo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En referencia a la tabla 3 y gráfico 3 se establece que más de la mitad de los evaluados no presentan síntomas de estado de ánimo disfórico. El 38% de adolescentes encuestados presenta disforia a nivel mínima moderada, mientras que el 4% tiene marcada severa y finalmente el 3% de adolescentes presenta nivel disfórico en grado máximo.

IDEAS DE AUTODESPRECIO

Niveles Totales de Autodesprecio

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
No Síntomas	127	59%
Mínima Moderada	75	35%
Marcada Severa	10	4%
Grado Máximo	4	2%
TOTAL	216	100%

Tabla N°4 Niveles Totales Ideas de Autodesprecio
Elaborado por: Santiago Patricio Ubillús Castañeda
Fuente: Investigación de Campo

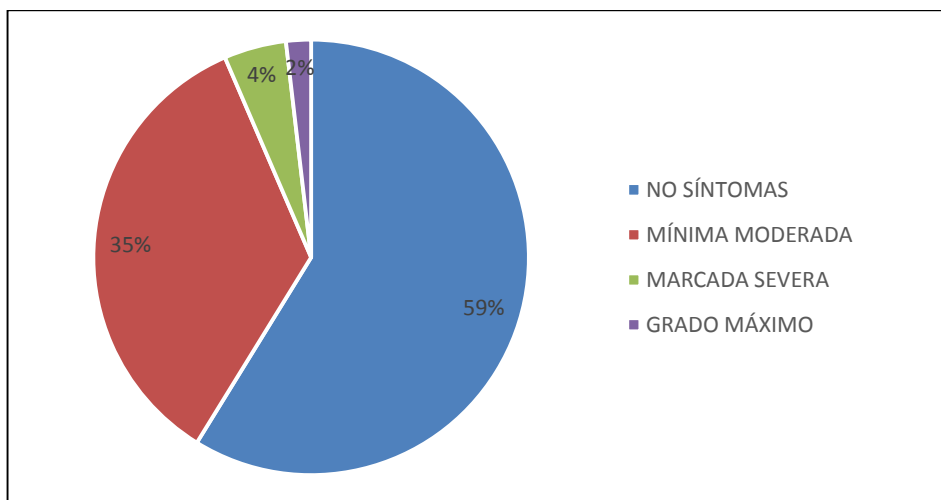


Gráfico N°4 Niveles Totales Ideas de Autodesprecio
Elaborado por: Santiago Patricio Ubillús Castañeda
Fuente: Investigación de Campo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Tomando como base la tabla 4 y gráfico 4 se determina que el 59% de evaluados no tiene ideas de auto desprecio. El 35% manifiesta nivel mínimo y moderado, mientras que el 4% de adolescentes obtiene ideas de auto desprecio en niveles marcados severos. Finalmente, el 2% de adolescentes evaluados presenta ideas de auto desprecio en grado máximo.

DEPRESIÓN

Niveles Totales de Depresión

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
No Síntomas	154	71%
Mínima Moderada	38	18%
Marcada Severa	14	6%
Grado Máximo	10	5%
TOTAL	216	100%

Tabla N°5 Niveles Totales Depresión

Elaborado por: Santiago Patricio Ubillús Castañeda

Fuente: Investigación de Campo

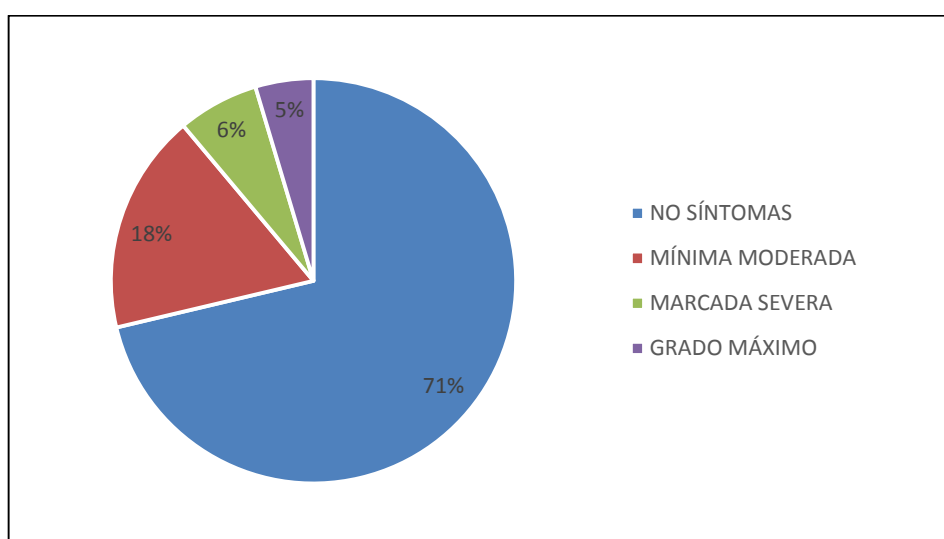


Gráfico N°5 Niveles Totales Depresión

Elaborado por: Santiago Patricio Ubillús Castañeda

Fuente: Investigación de Campo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En relación con la tabla 5 y gráfico 5, se establece que el 71% de evaluados no presenta síntomas depresivos, el 18% presenta depresión en nivel mínima moderada, mientras que un 6% manifiesta niveles marcados y severos de la enfermedad. El 5% de adolescentes encuestados presenta niveles depresivos en grado máximo, representando un porcentaje importante considerando la complejidad de la depresión.

RENDIMIENTO ACADÉMICO

Cuadro General de Notas

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Superación aprendizaje requerido SAR (10)	0	0%
Dominio aprendizaje requerido DAR (9)	25	12%
Alcanza aprendizaje requerido AAR (7)	149	69%
Próximo alcanzar aprendizaje requerido PAAR (5-6)	42	19%
No alcanza aprendizaje requerido NAAR (<4)	0	0%
TOTAL	216	100%

Tabla N°6 Cuadro General de Notas

Elaborado por: Santiago Patricio Ubillús Castañeda

Fuente: Investigación de Campo

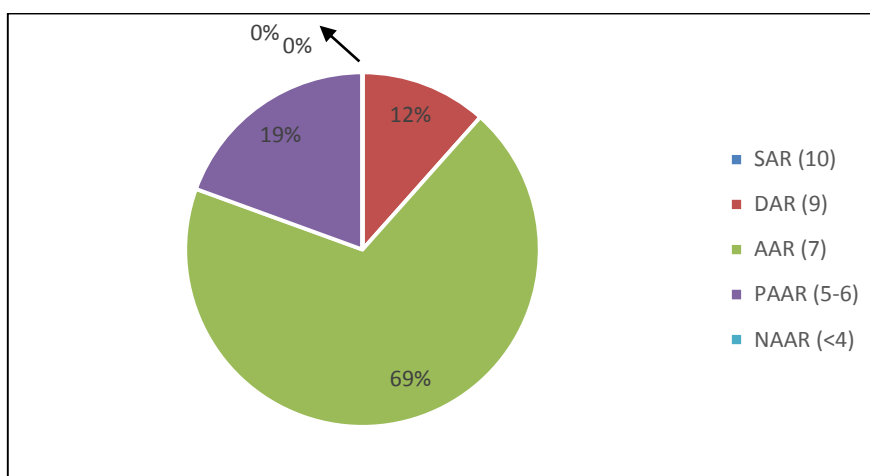


Gráfico N°6 Cuadro General de Notas

Elaborado por: Santiago Patricio Ubillús Castañeda

Fuente: Investigación de Campo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En base a la tabla 6 y gráfico 6, se puede determinar que el 69% de encuestados al establecer un promedio general considerando el rendimiento académico alcanzan los aprendizajes requeridos, cumpliendo con los objetivos previamente planteados al iniciar el año lectivo; el 19% de la población se encuentra próxima alcanzar los aprendizajes requeridos, mientras que 12% restante domina los aprendizajes requeridos.

CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LAS VARIABLES DE DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO ACADÉMICO

		GÉNERO	EDAD	DISFORIA	AUTODESP.	DEPRESIÓN	RENDIMIENTO ACADÉMICO
GÉNERO	Correlación de Pearson	1	-,077	-,045	-,089	-,070	,255**
	Sig. (bilateral)		,262	,511	,195	,306	,000
	N	215	215	214	215	215	211
EDAD	Correlación de Pearson	-,077	1	-,123	-,015	-,012	-,136*
	Sig. (bilateral)	,262		,073	,827	,857	,048
	N	215	215	214	215	215	211
DISFORIA	Correlación de Pearson	-,045	-,123	1	,660**	,792**	-,153*
	Sig. (bilateral)	,511	,073		,000	,000	,027
	N	214	214	214	214	214	210
AUTODESP.	Correlación de Pearson	-,089	-,015	,660**	1	,739**	-,231**
	Sig. (bilateral)	,195	,827	,000		,000	,001
	N	215	215	214	215	215	211
DEPRESIÓN	Correlación de Pearson	-,070	-,012	,792**	,739**	1	-,321**
	Sig. (bilateral)	,306	,857	,000	,000		,000
	N	215	215	214	215	215	211
RENDIMIENTO ACADÉMICO	Correlación de Pearson	,255**	-,136*	-,153*	-,231**	-,321**	1
	Sig. (bilateral)	,000	,048	,027	,001	,000	
	N	211	211	210	211	211	211

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Tabla N°7 Correlación de Pearson

Elaborado por: Santiago Ubillús Castañeda

Fuente: Investigación de Campo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla 7 determinamos la correlación de Pearson, donde claramente se establece la interrelación entre las dos variables consideradas que son depresión y rendimiento académico. Los resultados expuestos manifiestan que evidentemente existe una relación estadísticamente significativa entre depresión y rendimiento académico, concluyendo así que la hipótesis previamente planteada es válida. La hipótesis plantea que “entre más alto nivel depresivo menor será el rendimiento académico en la Unidad Educativa Técnica “Mitad del Mundo”.

Comprobación de las hipótesis

La presente investigación para la debida comprobación de la hipótesis planteada estableció la correlación de Pearson, considerando los resultados de las evaluaciones obtenidas de las dos variables planteadas que son la depresión y su incidencia en el rendimiento académico, las mismas que fueron evaluadas dentro del grupo etáreo de los adolescentes del Ciclo Básico de la Unidad Educativa Técnica “Mitad del Mundo”.

Tomando como base tanto: la tabla de correlación de Pearson, donde se determina una relación estadísticamente significativa entre las variables; como en el gráfico de dispersión que establece que, si el total de niveles depresivos aumenta, consecuentemente el rendimiento académico de los adolescentes disminuye considerablemente. En consecuencia, rechazamos la hipótesis nula, y aceptamos la hipótesis alterna o hipótesis de investigación fundamentados en el análisis estadístico de la correlación de Pearson.

Por consiguiente, se determina que el nivel de depresión si tiene una relación con el rendimiento académico de los estudiantes, y que entre más alto nivel depresivo consecuentemente menor será el rendimiento académico en la Unidad Educativa Técnica “Mitad del Mundo”, estableciendo un efecto de circularidad evidente.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- La depresión sí incide en el rendimiento académico de los adolescentes en la Unidad Educativa Técnica “Mitad del Mundo”.
- Los estudiantes que presentan niveles depresivos, muestran una afectación en el desarrollo de actividades escolares, perjudicando así el rendimiento académico de los adolescentes y el entorno educativo en general.
- Se determina la necesidad de generar un programa para disminuir los niveles de depresión y mejorar el rendimiento académico y el bienestar emocional.

RECOMENDACIONES

- La elaboración de programas preventivos en salud mental, con metodologías incluyentes e innovadoras, que de una manera práctica y objetiva generen una mejora en el rendimiento académico de los estudiantes a través de la disminución de niveles depresivos.
- Capacitación de docentes que manejen una metodología más adecuada, basado en el conocimiento de esta problemática.
- Difusión efectiva de la propuesta planteada a la comunidad educativa y otras instituciones de nivel medio.

DISCUSIÓN

En la presente investigación se exponen resultados de múltiples estudios que señalan, que el período que comprende desde los 12 hasta los 15 años, es el de mayor vulnerabilidad para el desarrollo de los trastornos depresivos en los adolescentes.

En estudios realizados por Machado et al., (2010) se establece que:

Los síntomas depresivos en los adolescentes son tomados con frecuencia como comportamiento normal del adolescente, y se considera que son el producto de los cambios hormonales normales, lo que, en muchos casos, dificulta el diagnóstico, negando o retardando la ayuda que necesitan. El mayor número de adolescentes deprimidos está entre los 13 y los 15 años de edad, rango que coincide con las épocas de más baja autoestima de este particular período del crecimiento. (p.18)

El comportamiento considerado depresivo en la mayoría de adolescentes, no son conceptualizados como precedentes de episodios depresivos, más bien equivocadamente, se los asocia con comportamientos del adolescente promedio, asumiendo que son únicamente el resultado de los constantes cambios hormonales al que se encuentran expuestos los adolescentes, dificultando al fin, tanto el diagnóstico como la atención integral que requieren. Además, como se mencionó antes, en la estrecha relación existente entre depresión y autoestima, diferentes estudios avalan que dentro de los 13 y 15 años de edad, se encuentra el mayor porcentaje de adolescentes deprimidos, coincidiendo exponencialmente con los períodos de más baja autoestima de este ciclo constante de evolución y crecimiento, además de la compleja transición niño – adolescente y el complejo contexto social que involucra esta etapa.

Tubón (2015), señala que:

Podemos diferenciar entre el pensamiento de un adolescente con el de un niño por el deseo de encontrar un sentido a todos los aspectos de su experiencia concreta con el mundo, las inquietudes que se generan acerca de si mismo se vuelven mucho más profundas y se relacionan con aspectos mucho más afectivos: amor, amistad, sociedad, justicia, religión, moral. (p. 72)

Sería importante considerar por qué en el rango de 12 - 15 años los adolescentes son más proclives a episodios depresivos y no en otros momentos; pues entre las principales razones se ha manifestado los profundos cambios hormonales, físicos y psicológicos que se enfrenta el individuo en la transición

niño adolescente como pensamiento abstracto y aceptación social; dentro del aspecto educativo se menciona el cambio exponencial de la transición entre escuela y colegio, y las diferentes competencias y exigencias que conlleva esta nueva etapa.

En este trabajo investigativo, el análisis estadístico expuso que, dentro del rango de edad mencionado, el 18% de adolescentes presenta depresión en nivel mínima moderada, el 6% tiene nivel severo de la enfermedad y el 5% de evaluados presenta niveles depresivos en grado máximo. Dentro del lapso de edad mencionado, el adolescente experimenta profundos cambios hormonales y físicos, además de la modificación de creencias previas y de pensamiento infantil. Sin embargo, no solo esto afecta el bienestar emocional del adolescente, existe un aspecto importantísimo que dentro de este mismo lapso comienza a destacarse por encima de los demás la socialización.

Tubón, 2015 sostiene: “La adolescencia es una etapa de conflictos. Durante esta etapa las relaciones familiares cambian y el adolescente se abre a un mundo mucho más extenso donde sus amigos ocupan un lugar muy importante” (p.72). El componente social constituye en este período una perspectiva fundamental dentro del bienestar emocional del adolescente, donde su grupo etéreo (misma edad) representa para el individuo el principal y más importante medio de socialización. Los adolescentes de un mismo curso, de un mismo horario o incluso de una misma sección se reúnen sintiéndose identificados entre sí contribuyendo indudablemente en la formación de la identidad personal y social del adolescente.

Por otro lado, dentro del marco teórico planteado en diferentes investigaciones se hace alusión a que las mujeres presentan porcentajes más altos de episodios depresivos que los hombres.

En nuestra investigación, la muestra de estudio representó 227 adolescentes del ciclo básico, los resultados obtenidos confirman investigaciones previas, ya que después del análisis estadístico del inventario de Depresión Infantil (CDI) el sexo femenino obtuvo 17% mientras que el sexo masculino obtuvo el 12%, es decir cerca de un 5% superior. Como sabemos las dimensiones que evalúa el inventario

CDI son el estado de ánimo disfórico y las ideas de auto desprecio, y consecuentemente a lo planteado las mujeres también presentan un índice superior que el de los hombres en estas dos dimensiones. Así, dentro de la disforia, se establece que las mujeres presentan 23% comparado con los hombres que obtuvieron 21%, y en el auto desprecio el sexo femenino obtuvo 21% y el sexo masculino obtuvo 19%. De esta manera nuestra investigación se adjunta a diversos estudios que postulan la predisposición de las mujeres a experimentar episodios depresivos con mayor frecuencia que los hombres.

CAPITULO V

LA PROPUESTA

TEMA

PROGRAMA PARA LA DISMINUCIÓN DE NIVELES DEPRESIVOS Y BIENESTAR EMOCIONAL DE ADOLESCENTES

Datos informativos de la Propuesta:

Institución beneficiaria:

Unidad Educativa Técnica “Mitad del Mundo”

Ubicación:

Av. Manuel Córdova Galarza

Provincia:

Pichincha

Cantón:

Quito

Parroquia:

San Antonio de Pichincha

JUSTIFICACIÓN

La depresión en adolescentes envuelve una problemática global que debe ser abordada íntegramente, desde las diferentes posiciones y acontecimientos que forjan el desarrollo de un individuo. Estos cambios propios de la adolescencia, no son asimilados de forma eficaz en algunos de ellos, en este preciso punto aparece la depresión. Es sustancial destacar que la generalidad de adolescentes no necesita razones importantes para deprimirse. La mayoría son en simple apariencia descomplicados e invulnerables, sin embargo, detrás de esta fachada, en su

profunda personalidad se pueden encontrar cuestionados e incluso dolidos, transformándose en rigurosos críticos de sí mismos. Sin punto de inflexión y sin una identidad consolidada, se exponen a cuadros depresivos importantes, demandando atención integral, programas preventivos y propuestas objetivas alrededor de la depresión. Cada adolescente es único y especial, son un mundo dentro del mundo, y la manera que interactúa con su entorno, sea familiar o escolar, también es única e incomparable.

La estrecha relación existente entre sintomatología depresiva y riesgo suicida es indiscutible. Los resultados de la investigación previa componen un aporte en la prevención, atención y tratamiento de niveles depresivos y de posibles conductas suicidas en adolescentes de la Unidad Educativa Técnica “Mitad del Mundo”, sin embargo, nuevas propuestas e investigaciones en esta problemática son eminentemente necesarias.

El suicidio entre los adolescentes es un fenómeno complejo y multicausal, que en antítesis de su importancia ciertamente es muy poco debatido en la sociedad contemporánea. Generalmente el suicidio, es un tema evadido ya que nos enfrenta a la realidad que están expuestos nuestros jóvenes: una sociedad poco tolerante e inclusiva, con un sistema educativo poco reactivo a las necesidades de los adolescentes y con entornos familiares disfuncionales. Es un tema que cuestiona en gran medida nuestro sistema familiar, educativo y social. En este sentido, es trascendental encarar y debatir alrededor de los principales factores que impulsa a un individuo habido de metas y objetivos con el futuro en sus manos, a terminar repentinamente con su vida.

El intento suicida tiene una relación muy estrecha con la sintomatología depresiva y con la ideación suicida. Ésta última consiste en pensamientos que expresan la intención o el deseo de morir. La presencia de la sintomatología depresiva y de la ideación suicida aumenta la probabilidad del intento suicida. (Rivera, 2010, p.6)

En este punto, el adolescente experimentará una intensa lucha interna entre el deseo de morir y el de seguir viviendo, y en general, expondrá su situación, demandando auxilio inmediato de una u otra forma. Basado en un falso ego y una

invulnerabilidad mentirosa, posiblemente el adolescente no exclame verbalmente por ayuda, sin embargo, su lenguaje no verbal, mensajes corporales o sintomatología depresiva revelarán que podría intentar suicidarse. El reconocer oportunamente estas señales marca la gran diferencia entre la vida y la muerte. Estas señales silenciosas nos dan la oportunidad de ayudar a un joven confundido o buscar asistencia psicológica profesional que le permita modificar su perspectiva de la situación o por lo menos prevenir situaciones de emergencia. (Campos, 2004).

Atendiendo a estas consideraciones, nace precisamente este emprendimiento para generar la posibilidad de ayudar integralmente a que los adolescentes decidan por su propia vida, dejen de lado este cúmulo de complejos y miedos, y luchen por sus sueños. La ejecución de esta propuesta permitirá, a través de procesos comprobados y factibles principalmente la disminución de niveles depresivos, con un enfoque especial: la exigencia de que los adolescentes obligatoriamente tengan que acercarse a los diferentes centros de salud casi exigiendo por ayuda queda apartada, ya que la ayuda y prevención primaria se brindará en los propios centros de estudio donde se encuentra la mayor concentración del grupo etáreo, en tiempo y en proporción.

Así inicia esta propuesta, con el objetivo fundamental de prevenir riesgos suicidas en adolescentes, en base a disminuir los niveles depresivos y así mejorar el rendimiento académico en la institución educativa. Por las particularidades propias de la adolescencia como cambios hormonales o pensamiento abstracto, es vital el reconocimiento de niveles depresivos en los adolescentes, ya que son potencialmente más proclives a evidenciar ideación suicida en comparación a la mayoría de adultos en circunstancias similares.

Rivera (2010), determina que:

Para promover la salud, y prevenir el suicidio en los adolescentes, se requiere habilitar las capacidades individuales como la resiliencia, el autocontrol, la auto-eficacia, la autoestima; habilitar los recursos comunitarios, al generar espacios que favorezcan el crecimiento óptimo de sus individuos y los provean

de redes de apoyo, en sí de entornos saludables, también es necesario trabajar en crear políticas públicas que favorezcan la salud en general. (p.19)

A continuación, se presenta detalladamente una propuesta integral educativa, planteada y dirigida para la prevención de los niveles depresivos en adolescentes de la Unidad Educativa Técnica “Mitad del Mundo”. La propuesta en primera instancia busca mejorar a través del bienestar emocional el rendimiento académico de los estudiantes, sin embargo, se pretende que el presente programa preventivo cuente con la predisposición y flexibilidad oportuna para ser aplicado en múltiples contextos e instituciones.

OBJETIVOS

General

- Diseñar talleres integrales para la disminución de niveles depresivos y la potencialización del bienestar emocional en adolescentes de la Unidad Educativa Técnica “Mitad del Mundo”

Específicos

- Mejorar significativamente la calidad de vida y el entorno educativo de los adolescentes, a través de herramientas específicas y estrategias metodológicas generadoras de cambios conductuales.
- Potencializar el rendimiento académico aplicando técnicas innovadoras encaminadas al equilibrio emocional de los adolescentes.
- Incentivar las relaciones interpersonales dentro de la comunidad educativa fomentando un entorno cálido e inclusivo.

ESTRUCTURA TÉCNICA DE LA PROPUESTA

La propuesta pretende reducir los niveles depresivos de los adolescentes con actividades efectivas y herramientas psicológicas viables que desde una perspectiva metodológica nos permita obtener resultados objetivos y confiables.

Esta propuesta presenta tres fases las cuáles son detalladas a continuación:

Fase 1

Inducción. –

Esta fase determina la ejecución de una reunión en la que se expondrá tanto a adolescentes como padres de familia, la propuesta como tal, su diseño y desarrollo, los objetivos previamente planteados y los beneficios que este programa va a generar a los adolescentes de la institución y en general a la comunidad educativa. Se pretende realizar una breve inducción, posteriormente una presentación corta de los integrantes, en la que se presentarán y dirán sus nombres, y las expectativas individuales que tengan sobre este programa, como puede beneficiarles y que esperan del mismo. La duración de esta fase dependerá exclusivamente de la dinámica e interacción de la misma. Al finalizar, se entregarán los materiales e insumos que formarán parte básica para la correcta ejecución de las siguientes fases.

Fase 2

Prevención y Disminución de niveles depresivos. –

La fase dos básicamente está enfocada en talleres, trabajo con padres y concientización de familiares, actividades y herramientas psicológicas innovadoras que permitan de una manera integral y objetiva la prevención y disminución de niveles depresivos buscando principalmente el bienestar emocional del adolescente. A través de estas herramientas, vamos a modificar creencias erróneas, pensamientos distorsionados y malos hábitos que influyen el correcto desenvolvimiento del adolescente y afectan considerablemente su bienestar emocional. A continuación, se presenta el gráfico en detalle de la realización de la fase dos:

Habilidades	Contenido	Actividad	Estrategias	Recursos	Evaluación
Orientación	Apoyo Social	1. Concientización de adolescentes y padres de familia sobre la actualidad de la depresión. 2. Yo tenía un Perro Negro	Exposición	- Recurso humano - Materiales Audiovisuales - Sitios Web de información - Hojas de papel bond	Bases Generales de la depresión.
Relajación	Apoyo Social	3. Mindfulness Atención Plena	Inducción y relajación base	- Recurso Humano - Materiales Audiovisuales - Hojas de papel bond	Implementar bases sólidas sobre el mindfulness y principios de relajación.
Mindfulness	Apoyo Social	4. Observación Consciente de Emociones	Autogestión de emociones y relajación plena	- Recurso Humano - Música Instrumental y de Meditación	Finalizar con éxito la actividad obteniendo un estado de relajación pleno.
Autonomía	Apoyo Social	5. Resolución de Problemas 6. Exposiciones de Resolución de Conflictos	Flujograma Exposiciones	- Recurso Humano - Materiales Audiovisuales - Flujograma - Carteles - Marcadores	Finalizar con éxito la actividad, estableciendo pautas claras para la resolución personal de problemas.

Actividad 1.-

Concientización de adolescentes y padres de familia sobre la actualidad de la depresión

1.1.- Denominación: Psicoeducación dirigida a Padres de Familia

Objetivo:

Promover información adecuada a representantes y padres de Familia sobre la depresión, especialmente alrededor de prevención y tratamiento de la enfermedad, facilitando la comprensión y manejo responsable de la problemática.

Desarrollo:

En la actualidad, la psicoeducación se ha convertido en una de las intervenciones más eficaces desarrolladas alrededor de la depresión, existiendo incontables evidencias científicas que respaldan su efectividad, sobretodo en la prevención de psicopatologías. Después de la inducción, la propuesta empieza con una reunión dirigida a representantes y padres de familia, con el objetivo de proporcionar información útil alrededor la depresión, concientizando al entorno familiar sobre su rol protagónico dentro del bienestar emocional del adolescente. En primera instancia, se formarán grupos de padres de familia conformados por cuatro personas, recomendablemente de cursos diferentes, donde cada uno se presentarán con el nombre y cinco cualidades de sus representados, generando confianza y empatía. Posteriormente, se plantean cuatro interrogantes a todos los grupos:

- ¿Qué conocen ustedes acerca de la depresión?
- ¿Han observado algo que les haya parecido irregular en el comportamiento de sus hijos en las dos últimas semanas?
- ¿Consideran ustedes a la depresión como una problemática frecuente en las personas y sociedad actual?
- ¿Trasladándose a su etapa de adolescentes, consideran que dentro de este período experimentaron episodios depresivos?

Las respuestas son escritas en las hojas de papel bond proporcionadas previamente, y son expuestas a todos los grupos, para luego comentar y generar una lluvia de ideas entre todos los participantes.

La exposición continúa con estadísticas y porcentajes reales de la depresión en nuestro país, definiciones y conceptualizaciones claras, tratamiento y características, pero sobretodo direccionar al padre de familia sobre el importantísimo rol que cumple la familia en el bienestar emocional del adolescente. Una exposición con al menos diez diapositivas, clara, sencilla y de fácil entendimiento donde se busca concientizar y reflexionar sobre la considerable incidencia del entorno familiar en la depresión, proporcionar conocimientos básicos para la prevención de la enfermedad y sobretodo generar un núcleo de apoyo y confianza en el entorno familiar. A continuación, se procede a despejar cualquier tipo de dudas relacionadas al tema y promueve el debate de los participantes.

La presente actividad tiene éxito si cualquiera de los participantes, miembro inherente de un entorno familiar, obtenga los conocimientos básicos sobre depresión, pero sobretodo y mucho más importante, entienda que la comunicación con el adolescente y un entorno familiar de seguridad y confianza son importantísimos dentro de la depresión. En general, la psicoeducación orientada a padres de familia representa una alternativa viable, poco costosa y de sencilla implementación que proporciona resultados evidentes y al alcance de la institución.

1.2.- Denominación: “Yo tenía un perro negro”

Objetivo:

Direccionar y sensibilizar a la comunidad educativa de la Unidad Educativa Técnica “Mitad del Mundo” sobre los principios básicos de la depresión, sintomatología y afectación de la patología.

Desarrollo:

Se va a proyectar un video que representa una guía sobre la depresión, sus principales características y sintomatología, así como su considerable afectación

en el entorno familiar y educativo. La denominación de “El perro negro” surge como una metáfora que viralizó el ex primer ministro británico Winston Churchill, para reflejar su impotencia hacia la enfermedad. El cortometraje es promocionado por la Organización Mundial de la Salud alrededor del mundo. La actividad pretende de una manera amena y clara acercar a toda la comunidad educativa a una de las problemáticas más alarmantes en nuestra sociedad. En tal sentido, la proyección de este conmovedor video ofrece una perspectiva real sobre lo que constituye vivir con depresión y como superarla, generando concientización y bases sólidas sobre la enfermedad a todos los participantes. Al finalizar la proyección del video, se presenta la siguiente frase:

“Nuestro cerebro es el mejor juguete que se ha creado. En él están todos los secretos, incluso el de la felicidad.” **Charles Chaplin**

Inmediatamente a continuación, se propicia un ambiente adecuado para iniciar un taller de reflexión. El propósito gira en torno a generar un espacio de confianza y reflexión, donde los adolescentes saquen a flote sus pensamientos y emociones, y puedan expresar libremente qué les ocurre y como se van sintiendo, por ejemplo aquel adolescente que vive con sus tíos porque sus padres están en Europa, o el que tiene a sus padres divorciados y también al que tiene bajo rendimiento académico y es burla constante de sus pares. Esta concientización e involucramiento generará mayor empatía e inclusión fomentado un mejor entorno educativo. Se recalca que no es un taller terapéutico como tal, sino más bien un taller de encuentro y reflexión, un pequeño espacio donde los adolescentes expongan sus experiencias y sentimientos.

Actividad 2.-

Mindfulness

2.1.- Denominación:

Mindfulness y Atención Plena

Objetivo:

Desarrollar herramientas basadas en relajación y atención plena, permitiendo al adolescente autogestionar niveles depresivos y pensamientos limitantes.

Desarrollo:

Al comenzar el taller, se entrega a todos los adolescentes participantes una hoja de papel impresa con la siguiente fábula:

“EL MAESTRO Y EL DISCÍPULO”

Un discípulo no terminaba de comprender. Cada vez que tenía una contrariedad se desesperaba, se abatía o incluso se hundía en el mayor desánimo. Sin embargo, su maestro, imperturbable, siempre le decía: - Está bien, está bien El discípulo se preguntaba si al maestro nunca le sucedía nada desagradable o nunca padecía ninguna contrariedad, pues decía con ánimo sosegado: - Está bien, está bien.

Intrigado, el discípulo le preguntó un día: - Pero, ¿es que nunca te enfrentas a situaciones que no pueden ser resueltas? No comprendo por qué siempre dices “está bien, está bien”, como si nada adverso te ocurriese nunca El maestro sonrió y dijo: - Sí, sí, todo está bien. - Pero, ¿por qué? –preguntó soliviantado el discípulo.

- Porque no puedo solucionar una situación en el exterior, la resuelvo dentro de mí, cambiando de actitud. Ningún ser humano puede controlar todas las circunstancias y eventos de la vida, pero sí puede aprender a controlar su actitud ante ellos. Por eso, todo está bien, todo está bien.

Después de un tiempo prudente, se pide a los participantes que en la parte posterior de la misma hoja de papel escriban la moraleja que les dejó el relato anterior. Se pide a diez adolescentes, que lean sus hojas y expongan la moraleja que les dejó la fábula y como se relaciona con su vida en la actualidad.

A continuación, se presenta una breve explicación sobre el mindfulness o atención plena, se expone a los participantes diferentes definiciones y se hace una ligera inducción hacia la relajación que se realizará en la siguiente actividad.

2.2.- Denominación: “Observación consciente de emociones”

Objetivo:

Implementar un proceso integral de relajación, que permita a los adolescentes identificar y autogestionar sus emociones y mejorar su calidad de vida.

Desarrollo:

Para canalizar nuestras emociones principalmente debemos escuchar a nuestro cuerpo, muchas veces el cuerpo habla antes que el propio adolescente pueda contar que es lo que le está sucediendo. Nuestras emociones están íntimamente ligadas con nuestros pensamientos, así cuando tenemos pensamientos distorsionados o limitantes la afectación que generarán en nuestro bienestar físico y emocional es incuestionable. Con esta introducción, se presenta dos pautas importantísimas antes del ejercicio de “Observación consciente de las Emociones”.

- En el momento en que surjan emociones, el mindfulness plantea que deben ser observadas y analizadas detenidamente, sin embargo, por ningún motivo se debe generar algún juicio de valor o señalamiento hacia la emoción, simplemente tenemos que sentirla y adaptarla como parte íntegra de nosotros, de nuestro cuerpo y mente.
- Al analizar la emoción, podemos entender que es lo que intenta representar, que intenta reflejar. Además, comprendemos que tal como surgió de la misma manera se va. Simplemente permanecemos TÚ, en el presente, en la realidad que tú mismo estás creando.

Para iniciar el ejercicio se explica a los participantes, que el objetivo principal radica en que, dentro del proceso de relajación, se establezca una conexión real con sus emociones. El proceso es sencillo, cuando una emoción aparezca, inmediatamente la vamos a representar con un nombre en específico, seguido identificamos exactamente el lugar exacto en nuestro cuerpo en el que se exteriorizan, y por último de forma imparcial y neutral, observamos las diferentes sensaciones que nos produce como por ejemplo angustia, vacío, alegría o comodidad.

El encargado del taller, proporciona un ambiente adecuado a los participantes, propicio para la relajación: con música instrumental y luz tenue. Se pide silencio y concentración, para poder escuchar las instrucciones del ejercicio:

1. Primero adoptamos una posición cómoda, ya sea sentado o acostado, nos enfocamos exclusivamente en el presente, en nuestra cabeza no hay nada más que el presente, el aquí y el ahora, empezamos el proceso de respiración profunda.
2. Coloque la mano izquierda sobre el abdomen y la derecha sobre la izquierda.
3. Desabróchate el cinturón o cualquier prenda de ropa que pueda causarte molestia o incomodidad.
4. Cierra los ojos y concéntrate en su respiración.
5. Comienza a percibir el aire que inhalas y el aire que exhalas, desechando cualquier preocupación, pensamiento, etc.
6. Toma aire lentamente por la nariz y dirígelo a la parte baja del estómago, por debajo del diafragma. La respiración es uniforme y la relajación profunda.
7. En este preciso momento, empezamos a proyectar una emoción específica a través de algún evento previo, que provocó tristeza, confusión o enfado sentimiento frecuentes en la adolescencia.
8. A través de la emoción, representamos el episodio en específico, poco a poco visualizamos el ambiente, las sensaciones que experimentamos y la reacción que tuvimos en ese momento.
9. Proporcionamos un seudónimo a la emoción, y continuamos examinando las sensaciones corporales que nos invaden al proyectar la emoción y el episodio en conjunto.
10. Cuando alcancemos una representación importante de la emoción, cuestionémonos, hasta donde llegaría si me dejo dominar por esa emoción, hacia donde me dirige esa sensación, como afecta mi vida o en qué me beneficia, hasta donde voy a permitir que esa emoción me controle. El encargado del taller brinda unos instantes de reflexión, sin olvidar el proceso de respiración, inhalación y exhalación alternadamente.

11. En la inspiración, el adolescente es consciente que tiene una emoción negativa que afecta su bienestar.
12. En la expiración, el adolescente sabe que puede controlar y direccionar esa emoción.
13. Este vínculo consciente que el individuo ha alcanzado con la emoción, es la clave del ejercicio. El adolescente entiende que la emoción y sus experiencias previas son solo una parte de su realidad, comienza a verse a sí mismo como un simple observador del evento y de la emoción.
14. No obstante, la emoción en diferentes niveles va a continuar presente debido al tiempo que ha formado parte íntegra del individuo, sin embargo, ahora genera en el adolescente diferentes sensaciones. Es decir el adolescente, al establecer una conexión con la emoción, y entender la incomodidad, sufrimiento o angustia que le produce, decide aceptarla como tal, generando tolerancia y comprensión hacia sí mismo. El sentimiento de culpa se ha transformado en aceptación, lo que antes era impulsividad se ha convertido en tolerancia.
15. El ritmo de la respiración es fluido, siente como tu cuerpo se aligera, percibe como el aire penetra en los pulmones, siéntete tranquilo, completo, satisfecho.
16. Retén el aire unos segundos, y déjalo salir por la nariz. Repite este paso tres veces.
17. Finalmente, el encargado del taller ordena a los participantes abrir los ojos lentamente hasta volver del trance y da por finalizada la meditación.

Para concluir, el encargado del taller abre un diálogo, donde todos los participantes comparten impresiones sobre la experiencia. Finalmente, se invita a generar un espacio de relajación en la propia institución para fomentar la meditación en adolescentes.

Actividad 3.-

Técnica de Resolución de Problemas

3.1.- Denominación: “Una mente brillante”

Objetivo:

Identificar problemáticas propias y Desarrollar herramientas de resolución de problemas.

Desarrollo:

Al comenzar el taller, se entrega a los estudiantes una cartulina impresa a ambos lados. Para facilitar el taller, en el lado frontal de la cartulina, se presenta el flujograma de la Técnica de Resolución de Problemas (Anexo 3) en base a la teoría realizada por D´Zurilla & Goldfried. Al reverso de la cartulina se encuentra las cinco fases del ejercicio propuesto para ser desarrolladas por los participantes.

El encargado del taller, después de iniciar con una calurosa bienvenida, dará una breve inducción al tema, y se enfocará en explicar en detalle el proceso del flujograma. Al terminar la explicación, se despeja dudas o inquietudes, y se inicia con un ensayo general de la técnica para todos los participantes.

- **Orientación hacia el problema:** En la primera fase se orienta a los participantes hacia sus problemas. Se hace una lista con los principales problemas que presenta el adolescente y se pide que califique del 1 – 10 en relación al nivel de afectación que genera en sus vidas.
- **Definición y formulación del problema:** Se identifica el problema que más afectación presenta, y se lo formula detalladamente.
- **Generación de alternativas de solución:** Se pide a los participantes, que formulen la mayor cantidad de soluciones alternativas que se les ocurra, sin importar lo ilógica que parezcan.
- **Toma de decisiones:** El participante escoge, de todas las alternativas anteriores, la más idónea y objetiva, considerando el problema, las consecuencias y la factibilidad de la solución.
- **Implementación de la solución y verificación:** El participante ejecuta la solución escogida.

Al finalizar el ensayo general, como anteriormente fue especificado, los adolescentes deberán desarrollar individualmente las preguntas que se les entregó al comienzo del taller y que se encuentran en la parte posterior de la cartulina. El supervisor del taller será el encargado de recoger el ejercicio realizado y comunicar que en la próxima sesión todas las cartulinas serán expuestas por los participantes. Al finalizar el taller, se incentiva a los sujetos para que ejecuten y pongan en práctica la solución planteada previamente en el ejercicio.

3.2.- Denominación:

Exposiciones Resolución de Conflictos

Objetivo:

Promover un núcleo de apoyo y confianza entre compañeros, favoreciendo las relaciones interpersonales.

Desarrollo:

La segunda etapa del taller en Resolución de Problemas, iniciará con las consideraciones más importantes en relación al ejercicio. Sobre todo el encargado del taller enfatizará en que la principal funcionalidad del taller radica en identificar los diferentes problemas que nos afectan, analizarlos desde diferentes perspectivas y solucionarlos de una manera objetiva.

Para iniciar se pide a los sujetos silencio, atención y confidencialidad para el correcto desarrollo de la sesión. A continuación, se iniciarán las exposiciones, con la cartulina del propio supervisor del taller exponiendo el problema, el desarrollo completo del ejercicio y la solución generada. Posteriormente, se incentiva a los participantes, a ser expositores de su realidad, del problema planteado y de la solución que ellos mismos analizaron y escogieron como la más efectiva.

Así, conscientes de que son parte de su problema se convierten en entes creadores de su propia solución, fomentando el bienestar emocional de los adolescentes y mejorando su calidad de vida. Al finalizar, se divide a los

participantes en grupos de 6 personas, y se entrega un problema específico a cada grupo, que mediante el diálogo y la interacción de todos los miembros del grupo tendrán que encontrar la solución más adecuada.

“Saber no es suficiente, debemos aplicar. Desear no es suficiente, debemos hacer.” **Johan W. Goethe**

Al finalizar el taller, el supervisor presenta la frase anterior, recalcando la importancia de la ejecución y puesta en práctica de la solución que cada uno de los participantes seleccionó, y un autoregistro personal donde se evidencien la metodología con la que se ejecutó las soluciones, sus sensaciones y consecuencias de haberlo intentado. El objetivo fundamental de esta actividad, es entender que ante cualquier circunstancia el propio individuo es autogestor de su propia solución, así los adolescentes ejecutando frecuentemente este sencillo proceso, encontrarán de una manera más autónoma, soluciones objetivas a diferentes situaciones que se normalmente se presentan en este complejo período de transición.

Fase 3

Favorecer el entorno educativo. -

Esta fase consiste en potencializar el entorno educativo a través de actividades lúdicas y de integración, que optimicen la confianza, el apoyo social, el trabajo en equipo y la empatía en los adolescentes. Después, de la correcta implementación de la fase dos donde se busca disminuir niveles depresivos a través de concientización y relajación, lo idóneo es generar un entorno educativo de calidad y calidez generando bases sólidas en el bienestar emocional de los estudiantes. A continuación, se expone el gráfico con las actividades a realizar en la fase tres:

Habilidades	Contenido	Actividad	Estrategias	Recursos	Evaluación
Trabajo en Equipo	Apoyo Social	1. Roleplaying Dinámica grupal enfocada en trabajo en equipo, creatividad y confianza.	Trabajo en Equipo Comunicación Asertiva Resolución de Problemas	<ul style="list-style-type: none"> - Recurso humano - Bufandas - Vendas - Croquis 	Finalizar con éxito las tareas encomendadas
Emprendimiento	Apoyo Social	2. Mi proyecto de Vida.	Autoestima Motivación Emprendimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Recurso humano - Hojas de papel bond - Marcadores 	Implementar un proyecto de vida individual basado en metas y cualidades propias.
Psicoterapia	Apoyo Social	3. La Tiendita Mágica	Comunicación Asertiva Desbloqueo de sentimientos y emociones	<ul style="list-style-type: none"> - Recurso Humano - Materiales didácticos - Cartulinas - Fomix - Marcadores - Materiales reciclables 	Generar un entorno de apoyo y confianza, para despejar sentimientos reprimidos.
Habilidades Sociales	Apoyo Social	4. Elude “El juego de la depresión”	Experimentación	<ul style="list-style-type: none"> - Materiales Audiovisuales - Sitios Web de información 	Bases Generales de la depresión.

Actividad 1.-

Denominación: Roleplaying “Ciego, Manco, Mudo”

Objetivo:

Desarrollar la creatividad y confianza entre pares, optimizando el compañerismo y trabajo en equipo.

Desarrollo:

Al comenzar la sesión, el encargado del taller divide a los participantes en grupos de tres. Cada persona dentro de los grupos representará uno de los roles: un ciego, un manco y un mudo. El juego tiene reglas particulares que son expuestas al iniciar:

- En primera instancia los roles van a ser escogidos por los propios participantes sin embargo todos los miembros del grupo interpretarán los roles establecidos.
- El participante que interprete el rol de “mudo” tiene un límite de acción, una línea señalada que no podrá sobrepasar, solo desde ahí podrá interactuar con sus compañeros. A partir de ahí, el manco dirigirá al ciego para realizar las tareas previamente determinadas.

Comprendidas las reglas, se entrega a cada uno de los grupos los materiales necesarios para el ejercicio principalmente vendas o bufandas para el rol de “ciego”. Además, se instruye a los mancos que permanezcan con las manos atrás, de lo contrario su grupo quedará eliminado. A continuación, el coordinador del taller, pide a todos los “mudos” que salgan de la sala para recibir las instrucciones y tareas a realizar.

TAREA 1

La primera tarea a ejecutar básicamente el ciego a través del manco, es colocar una silla encima de otra. El mudo deberá ingresar y explicar con sus particularidades la orden, y desde su límite de acción, intentar ayudar a sus compañeros. Al entender la tarea el manco dirige al mudo para completar la tarea.

TAREA 2

La siguiente tarea consiste en recortar y pintar de dos colores diferentes un particular dibujo que será entregado a todos los grupos. De igual manera, el mudo explica a sus compañeros la instrucción, y a su vez el ciego con la dirección del manco intenta recortar y pintar adecuadamente el gráfico.

TAREA 3

La tarea tres es relativamente más compleja. Se entrega a los “mudos” un pequeño croquis donde se detalla un camino a seguir y una meta. El grupo deberá comprobar su nivel de comunicación y trabajo en equipo para alcanzar la meta. El mudo debe explicar la instrucción a sus compañeros de equipo, sin embargo no puede rebasar su límite de acción. El manco a su vez recibe el croquis, y debe guiar al ciego hasta la meta establecida.

Al concluir las tareas, se intercambian de roles, todos los miembros del grupo personificarán los roles establecidos. El encargado del taller, debe supervisar atentamente la actividad para que evitar inconvenientes. Al finalizar los grupos expone y comparten la experiencia de trabajar en equipo y de la confianza entre pares.

Actividad 2.-

Denominación: Mi proyecto de vida

Objetivo:

Motivar a los adolescentes hacia un empoderamiento y compromiso integral, en base a la elaboración de un proyecto de vida que promueva el cumplimiento de metas, la perspectiva a futuro y la autorrealización personal.

Desarrollo:

El supervisor del taller da una cálida bienvenida a todos los participantes. Mediante una breve exposición socializa las principales definiciones de proyecto de vida, su funcionalidad y elaboración. Culminada la exposición, el coordinador elabora una definición general de Proyecto de Vida en base a las ideas del grupo y despeja cualquier duda que se presente. A continuación, se entrega una hoja de

trabajo a todos los participantes donde se les solicita que analicen y describan sus sueños y metas, detallando en la misma hoja de trabajo, especialmente sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que forman parte de esta gran meta. Posteriormente, los FODA son expuestos por los asistentes y se comparte ideales, caminos y sueños.

Al finalizar, el responsable del taller enfatiza en la importancia del compromiso y superación que conllevan todas nuestras metas, sin embargo, con esfuerzo, superación y sobretodo un plan de vida personal creado de acuerdo a nuestras particularidades podemos alcanzar nuestros más grandes sueños. Por último, se elabora un FODA general plasmando las ideas expuestas por todos los participantes.

Actividad 3.-

Denominación: Autorretrato

Objetivo:

Identificar particularidades y características propias, que los convierten en seres únicos e incomparables, desarrollando su autoestima.

Desarrollo:

Al comenzar la sesión, el supervisor del taller entrega a todos los asistentes, un lápiz y una hoja de trabajo. Se solicita a los adolescentes, que dibujen su propio retrato acatando la siguiente indicación:

- La hoja de trabajo es personal, no hace falta nombre o cualquier identificación del participante. El bosquejo no debe proyectar únicamente aspectos físicos como musculatura o grosor, más bien debe representar un retrato de tu yo interior, de tal manera que el dibujo plasme estados de emociones, actitudes y estados de ánimo.

Una vez socializada la instrucción por parte del supervisor, empieza la actividad. No existe límite de tiempo sin embargo la actividad oscila entre los veinte y treinta minutos. Al finalizar el dibujo, todas las hojas de trabajo son recogidas por el supervisor, sin nombre como se había explicado anteriormente.

Posteriormente, el encargado del taller distribuye los retratos alternadamente entre todos los “artistas”, prestando atención que nadie tenga su propio retrato. Los asistentes, se sientan alrededor de un círculo, y uno a uno expone lo que interpreta del retrato que recibió. Para finalizar, se intenta adivinar a quién pertenece el retrato, concientizando sobre sentimientos y emociones de los demás y generando empatía. Además, se propone la intervención del dueño del retrato para exponer lo que quiso proyectar en su dibujo.

Actividad 4.-

Denominación: La Tienda Mágica

Objetivo:

Desarrollar las relaciones entre la depresión y la técnica del psicodrama para el manejo adecuado de sentimientos de desánimo y favorecer un nivel expresivo mayor a través de la imaginación.

Desarrollo:

Al iniciar el taller se entrega a los participantes todos los materiales necesarios para la correcta implementación de la actividad. Se empieza con un ejercicio sencillo de relajación e integración grupal. La tienda mágica es una técnica psicológica especial que alcanza su mayor éxito al generar la espontaneidad y empatía de los adolescentes. El objetivo fundamental de esta terapia es el desbloqueo de sensaciones y percepciones a través de la imaginación y la puesta en escena, principalmente buscando que los participantes saquen sus sentimientos reprimidos para luego proporcionarles por parte del supervisor un cierre adecuado. Es importante dejar las reglas claras y promover un ambiente de apoyo y confianza que facilite la actividad. Los peces son básicamente las metas, acciones y sueños que los adolescentes buscan plasmar en un futuro próximo, mientras que las rocas simbolizan todas las acciones negativas que cada participante quieren olvidar. Es decir, al momento de arrojar las rocas se desprende todas las sensaciones negativas que traía consigo esta problemática, y al contrario en los peces los participantes proyectan todas las cosas buenas que esperan para su

futuro. Al finalizar, el supervisor del taller, realiza un cierre adecuado para favorecer los resultados de la actividad.

La finalidad de esta técnica es dar a conocer los valores, sueños, miedos y anhelos de cada uno de los participantes; en consecuencia, se supone ya un grado suficiente de confianza y empatía entre todo el grupo. Esta técnica requiere, pues, una buena predisposición y motivación, generada en gran parte por el supervisor del taller.

Actividad 5.-

Denominación: Elude “El Juego de la Depresión”

Objetivo:

Sensibilizar a los participantes a través de una representación metafórica proyectada en un videojuego, sobre los principales rasgos y particularidades que se experimentan en la depresión.

Desarrollo:

El supervisor del taller divide en cinco grandes grupos a todos los participantes. Los adolescentes son dirigidos hacia los laboratorios de computación, y aquí cada uno ocupará un equipo. Al ingresar al laboratorio, los adolescentes observarán una pancarta gigante escrita la palabra “Elude” y debajo un link al que todos deberán acceder. Previo al inicio del juego virtual, cada participante deberá exponer a sus pares una pequeña definición de depresión y un síntoma de la enfermedad. A continuación, el supervisor del taller hará una breve introducción al juego y enfatizará en el objetivo del mismo.

Elude es un prototipo de juego virtual, viralizado por una comunidad psicológica, buscando de una manera innovadora educar y concientizar sobre la depresión. El juego cobró relevancia al ser popularizado por la Organización Mundial de la Salud en 2010 como parte de un completo plan de psicoeducación hacia familiares y amigos de individuos diagnosticados con depresión clínica. A continuación, el coordinador del taller dispone a los participantes iniciar al juego.

Al empezar, los adolescentes observarán, una pequeña frase: “Recuerda que la tristeza es siempre temporal, esto también pasará”.

El juego es innovador porque de una manera clara expone desde la actitud del personaje principal hasta la ambientación del juego, las principales sensaciones que experimenta una persona deprimida. Cada paisaje emocional que aparecen conforme se avanza en el juego representa sin duda diferentes estados de ánimo. Así, el estado “normal” transcurre en un bosque, con aves coloridas que emanan un brillo especial denominada pasión. El brillo de las aves funciona como potenciador permitiéndole al personaje saltar más alto y logrando ascender a un plano superior (felicidad), donde salta sobre hojas flotantes que de a poco van desapareciendo. Es decir, solo cuando el propio personaje infunde pasión puede superar los diferentes obstáculos y alcanzar su meta. Sin embargo, si no lo hace, el personaje decae, su potencial baja y las hojas desaparecen, desembocando en una caída hacia la tercera zona del juego (la depresión). Los participantes finalmente se hallan en un ambiente nublado y sombrío, pisando sobre tierra fangosa que desestabiliza al personaje y lo carcome de a poco. La primera vez que llegas a esta zona es fácil escapar, sin embargo, conforme se avanza en el juego, y no “potencialices” cualidades terminará una y otra vez en este lugar, y cada vez será mucho más complicado salir.

Se trata de una experiencia 2D que ningún profesional de la salud debería perderse, ya que el juego por medio de sus diferentes matices permite experimentar el ascenso y caída en los estados de ánimo y en consecuencia el desbalance emocional que esta enfermedad produce en las personas.

A continuación, el supervisor del taller incentivará a todos los participantes a exponer las sensaciones que experimentaron durante el juego, y a escribirlas en la pancarta. Al terminar, se entrega una hoja impresa con el bosquejo del juego virtual (personaje-ambiente), donde los adolescentes, harán una pequeña historieta anime, dibujándose así mismo como un súper héroe que llega al bosque y ayuda al personaje a superar los obstáculos e inconvenientes que se presentan, logrando juntos alcanzar sus metas.

ARGUMENTACIÓN TEÓRICA

Las problemáticas que vive el individuo dentro de la Educación Media, difiere elocuentemente a lo que se enfrenta en otros periodos como la Escuela o la Educación Superior. El génesis de la adolescencia envuelve al colegio, es una correlación casi ineludible, que en ningún otro periodo educativo surge un contexto similar. Este periodo enmarcado dentro de un sistema eficaz de aprendizaje, compromiso e inclusión, debería ser transitado exitosamente; sin embargo, la realidad evidencia que la gran mayoría de instituciones educativas son poco reactivas y competentes, esto unido a las particularidades propias de la adolescencia conducen al estudiante a la depresión, libertinaje, embarazos no deseados e incluso drogadicción, que muy probablemente conllevan al fracaso escolar.

Dentro de la psicología actual, se han elaborado múltiples investigaciones en torno a estudiantes de educación media, especialmente del ciclo básico, exponiendo que los trastornos ansiosos, y sobre todo depresivos, presentan tasas más altas en este grupo etario que en la población general. Esta considerable diferencia gira principalmente alrededor del ambiente educativo; así la constante evaluación de diferentes competencias y habilidades propias del individuo que se exigen a diario en las instituciones educativas, generan mayores índices de psicopatologías. El rendimiento académico de los adolescentes, debe ser visto desde enfoques específicos al periodo evolutivo que están atravesando y no ser tomado simplemente en base a una evaluación curricular o una calificación subjetiva. Factores como la motivación y la personalidad, esfuerzo, dedicación, competencias académicas, intensidad de estudio, influyen en el rendimiento académico; sin embargo, componentes emocionales como nerviosismo, apatía o incapacidad para concentrarse, camuflados en una depresión que nadie atiende, afectan a la compleja estructura del adolescente, y en consecuencia en su rendimiento académico.

Rivera (2010) establece que:

Cuando se tiene una perspectiva presente y futura limitada por las distorsiones cognitivas asociadas con la depresión o por los arranques de la conducta

impulsiva, cuando ha faltado entrenamiento en tolerancia a la frustración y en solución de problemas, y se ha rodeado al adolescente de entornos estresantes, se abre la posibilidad de contemplar al suicidio y al intento suicida como una señal de que algo está ocurriendo en diferentes niveles de nuestra sociedad, que se refleja en conductas autodestructivas en los adolescentes. (p.19)

DISEÑO TÉCNICO DE LA PROPUESTA

La implementación del programa para la disminución de niveles depresivos y la potencialización del bienestar emocional de adolescentes en la Unidad Educativa Técnica “Mitad del Mundo” será ejecutada cuatro veces a la semana, en un período de dos meses. Por razones lógicas, el único taller que se realizará los días sábados será el denominado Psicoeducación dirigida a Padres de Familia. El tiempo estimado de las sesiones diarias varía de acuerdo al taller especificado, sin embargo, en su mayoría no sobrepasarán los 60 minutos. La concientización de la depresión en la comunidad educativa, la relajación personal, generar técnicas de resolución de problemas o establecer un proyecto de vida son solo algunas de las actividades que buscan favorecer el bienestar emocional de los adolescentes y generar un clima educativo más cálido y comprometido.

La evaluación de los resultados de este programa será individual e introspectiva, ya que cada uno de los adolescentes, evidenciará personalmente los beneficios del programa. Por mencionar algunos, los participantes cambiarán patrones negativos que afectan su bienestar emocional, modificarán pensamientos limitantes y generarán un sistema personal de resolución de conflictos que mejorarán su calidad de vida.

Beneficiarios directos:

Adolescentes del ciclo básico de la Unidad Educativa Técnica “Mitad del Mundo”

Participantes:

Estudiantes del ciclo básico de la Unidad Educativa Técnica “Mitad del Mundo”

Responsable:

Santiago Ubillús Castañeda

Costo

\$300

MATERIALES	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Resmas de Papel Bond	4	\$5	\$20
Impresiones	400	\$0.02	\$8
Copias y manuales de talleres	800	\$0.02	\$16
Esferos	227	\$0.30	\$68
Marcadores	227	\$0.40	\$91
Libretas	227	\$0.25	\$57
Pancarta	1	\$5	\$5
Otros			\$35
SUBTOTAL			\$300

Periodicidad:

Cuatro veces por semana

Tiempo de Aplicación:

Dos Meses

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES:	ACTIVIDADES MES 1															
	SEMANA 1				SEMANA 2				SEMANA 3				SEMANA 4			
	LUNES	MIÉRCOLES	VIERNES	SÁBADO	LUNES	MIÉRCOLES	VIERNES	SÁBADO	LUNES	MIÉRCOLES	VIERNES	SÁBADO	LUNES	MIÉRCOLES	VIERNES	SÁBADO
Inducción	X	X	X	X												
Psicoeducación dirigida a Padres de Familia				X				X				X				X
“Yo Tenía un Perro Negro Concientización”					X											
Mindfulness Relajación Autógena						X			X					X		
Observación Consciente de Emociones							X				X				X	
“Una mente brillante”										X						
“Una mente brillante” Socialización												X				

ACTIVIDADES:	ACTIVIDADES MES 2															
	SEMANA 1				SEMANA 2				SEMANA 3				SEMANA 4			
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	VIERNES
Psicoterapia Interpersonal	X					X				X						
Roleplaying “Ciego, Manco, Mudo”		X				X				X						X
Autoretrato				X				X					X			
La Tienda Mágica			X				X					X				
Mi proyecto de Vida				X							X			X		

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychological Association [APA]. (2015). La depresión en adolescentes. Recuperado el 5 de diciembre de 2017, de APA – American Psychological Association.
- American Psychological Association. (2012). APA style: Electronic references. Recuperado de: <http://www.apastyle.org/elecref.html>
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA] Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
- Alzuri Falcato, Mario, Hernández Muñoz, Niusha, & Calzada Urquiola, Yanara. (2017). Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento. *Revista Finlay*, 7(3), 152-154. Recuperado en 04 de enero de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S22214342017000300001&lng=es&tlng=es
- Arévalo Luna, Edmundo. (2008). Adaptación y estandarización del CDI, para las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura, *Investigación Psicológica*, Universidad Privada Antenor Orrego, Perú.
- Cabrera Pérez, L., Jiménez Llanos, B. (2002) Depresión infantil y rendimiento académico: Un estudio comparativo entre casos y controles, *Revista de Investigación Educativa*, Universidad de la Laguna, 17 (1), pp. 89-106
- Castro Molinares, S., & Paternina Meriño, A., & Gutiérrez Barro, M. (2014). Factores pedagógicos relacionados con el rendimiento académico en estudiantes de cinco instituciones educativas del distrito de Santa Marta, Colombia. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 16 (2), 151-169.
- Cova, Félix, Rincón, Paulina, & Melipillán, Roberto. (2011). Evaluation of The Efficacy of a Prevention Program for Depression in Female

Adolescents. *Terapia psicológica*, 29(2), 245-250. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000200011>

Chávez, H., Morocho, J., Alvites, C., Vega, J., Solis, R., Ruelas, J., Gómez, J., Gómez, J., Warthon, E., & Salvador, B. (2017). Relación entre niveles de depresión y rendimiento académico en estudiantes preuniversitarios, del ciclo ordinario 2015-1 de una Universidad Nacional de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 20(1), 107 - 118

De la Peña, F., Ulloa, R., & Páez, F. (1999). Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Mental*, 22(Esp), 88-92.

Edel Navarro, R. (2003). El rendimiento académico: concepto, investigación y desarrollo. REICE. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 1 (2), 0.

Fernández-Castillo, Antonio, Gutiérrez Rojas, María Esperanza, Atención selectiva, ansiedad, sintomatología depresiva y rendimiento académico en adolescentes. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology* [en línea] 2009, 7 (Abril-Sin mes) : [Fecha de consulta: 4 de enero de 2018] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293121936004>> ISSN

Ferrel Ortega, F.; Vélez Mendoza, J.; Ferrel Ballestas, L. (2014). Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. *Revista Encuentros, Universidad Autónoma del Caribe*, 12 (2), pp. 35-47

Galicia-Moyeda, Iris X., Sánchez-Velasco, Alejandra, Robles-Ojeda, Francisco J., Autoeficacia en escolares adolescentes: su relación con la depresión, el rendimiento académico y las relaciones familiares. *Anales de Psicología* [en línea] 2013, 29 (Mayo-Sin mes) : [Fecha de consulta: 4 de enero de 2018] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16726244033>> ISSN 0212-9728

- Gómez-Maquet, Y. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39 (3), 435-447.
- Gómez Martín, S. (2005). Reseña de "Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive Behavioral Tradition" de S.C. Hayes, V.M. Follette, M.M. Linehan. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37 (2), 0.
- González-Olaya, Hilda L., Delgado-Rico, Hernán D., Escobar-Sánchez, Mauricio, & Cárdenas-Angelone, María Eugenia. (2014). Asociación entre el estrés, el riesgo de depresión y el rendimiento académico en estudiantes de los primeros semestres de un programa colombiano de medicina. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 17(1), 47-54. <https://dx.doi.org/10.4321/S2014-98322014000100008>
- Gutiérrez Rodas, Javier Antonio, Montoya Vélez, Liliana Patricia, Toro Isaza, Beatriz Eugenia, Briñón Zapata, María Adelaida, Rosas Restrepo, Esmeralda, & Salazar Quintero, Luz Elena. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *CES Medicina*, 24(1), 7-17. Retrieved January 08, 2018, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012087052010000100002&lng=en&tlng=es.
- Jadue J., Gladys. (2002). Factores psicológicos que predisponen al bajo rendimiento, al fracaso y a la deserción escolar. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, (28), 193-204
- Jara D, Velarde H, Gordillo G, Guerra G, León I, Arroyo, et al. Factores influyentes en el rendimiento académico de estudiantes del primer año de medicina. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2008 Septiembre; LXIX (3).
- Kessler RC et al., (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *American Journal of Psychiatry*, 152(7): 1026–1032.

- Langer, I., Schmidt, C., & Magni, A. (2017) Mindfulness y promoción de la salud mental en adolescentes: Efectos de una intervención en el contexto educativo, *Revista Médica de Chile*, 145, pp. 476-482
- Loubat O, Margarita, Aburto M, María Elena, & Vega A, Marcela. (2008). Aproximación a la Depresión Infantil por Parte de Psicólogos que Trabajan en COSAM de la Región Metropolitana. *Terapia psicológica*, 26(2), 189-197. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000200005>
- Machado Yanet, Jiménez Yenier, Padilla Manuel, Guerra Juan, Antelo María Elena. (2010). Trastornos psicologicos en los adolescentes, una visión general, *Revista de Psicología de niños y adolescentes*, 9 (1): 11-27
- Martínez, M. L., Rodríguez, T., Gutiérrez, G., & Vázquez, L.. (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería universitaria*, 10(2), 36-42.
- Micin, Sonia, & Bagladi, Verónica. (2011). Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. *Terapia psicológica*, 29(1), 53-64. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100006>
- Méndez, X., & Montoya, M., & Olivares, J (2002), Tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente, *Revista Psicología Conductual*, Universidad de Murcia, pp. 563-580
- Méndez, F., Olivares J., & Ros, M. (2001). Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. En V. Caballo, & M. A. Simón (Comps.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente* (pp. 139-185). Madrid: Pirámide.
- Moreno, J., & Escobar, A., & Vera, A., & Calderon, T., & Villamizar, L. (2009). Asociación entre depresión y rendimiento académico en un grupo de niños

de la localidad de Usaquén. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 3 (1), 131-156.

Muñoz, E., & Gómez, J. (2005). Enfoques de aprendizaje y rendimiento académico de los estudiantes universitarios. *Revista de Investigación Educativa*, 23 (2), 417-432.

Organización Mundial de la Salud (1993). *Life Skills Education In Schools*. Ginebra, WHO/MNH/ PSF/93.7A.Rev.2

Organización Mundial de la Salud (1998). *Improving mother/child interaction to promote better psychosocial development in children*. Ginebra. WHO/MSA/MHP/98.1

Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2015*, Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2002). *Fortalecimiento de la salud mental*. Resolución del Consejo Ejecutivo de la OMS, Ginebra, EB109.R8.

Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, A.G. res. 46/119,46 ONU GAOR Supp. (No.49) p.189, ONU Doc. A/46/49 (1991). <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/st2pppmif.html>.

Robles Ojeda, F., & Sánchez Velasco, A., & Galicia Moyeda, I. (2011). Relación del Bienestar Psicológico, Depresión y Rendimiento Académico en Estudiantes de Secundaria. *Psicología Iberoamericana*, 19 (2), 27-37.

Rodríguez, E., & Ruiz, J., & Valdés, C., & Reinel, M., & Díaz, M., & Flores, J., & Crempien, C., & Leighton, C., & Botto, A., & Martínez, C., & Tomicic, A. (2017). Estilos de personalidad dependiente y autocrítico: desempeño cognitivo y sintomatología depresiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49 (2), 102-109.

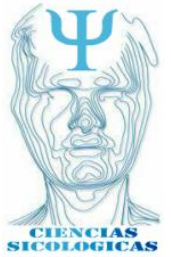
Sander, J. (2004). Investigación en adolescencia: tópicos y tendencias contemporáneas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36 (3), 383-389.

- Siabato Macías, Elsa Fernanda, Forero Mendoza, Ingrid Xiomara, & Salamanca Camargo, Yenny. (2017). Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 51-61. <https://dx.doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.ADIS>
- Serrano Barquín, C., & Rojas García, A., & Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15 (1), 47-60.
- Zenere, Fj., Lazarus P. (1997). The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention program. *Suicide & Life-Threatening Behaviour*, 27: 387-40

ANEXOS



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA



INVENTARIO C.D.I.

NOMBRES Y APELLIDOS..... EDAD:
FECHA DE HOY..... COLEGIO:.....
GRADO...../SECCION..... VIVES CON: Papá () Mamá ()
Hermanos () Abuelos () Otros () Especifica.....

INSTRUCCIONES: Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge, de cada grupo, una oración, la que mejor diga cómo te has portado, como te has sentido o que has sentido en las **ÚLTIMAS DOS SEMANAS**, luego coloca una marca como una “X” en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni falsa, solo trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti. Aquí tienes unos ejemplos:

1

2

- A. Siempre leo libros
- B. Algunas veces leo libros
- C. Nunca leo libros

- A. Me divierten los recreos
- B. A veces me divierten los recreos
- C. Me aburren los recreos

Nº	Ítems	Nº	Ítems
1	A. Rara vez me siento triste <input type="checkbox"/> B. Muchas veces me siento triste <input type="checkbox"/> C. Me siento triste todo el tiempo <input type="checkbox"/>	2	A. Las cosas me van a salir bien <input type="checkbox"/> B. No estoy seguro si las cosas me van a salir bien <input type="checkbox"/> C. Nada me va a salir bien <input type="checkbox"/>
3	A. Hago la mayoría de las cosas bien <input type="checkbox"/> B. Hago muchas cosas mal <input type="checkbox"/> C. Todo lo hago mal <input type="checkbox"/>	4	A. Muchas cosas me divierten <input type="checkbox"/> B. Me divierten algunas cosas <input type="checkbox"/> C. Nada me divierte <input type="checkbox"/>
5	A. Raras veces soy malo <input type="radio"/> B. Soy malo muchas veces <input type="radio"/> C. Soy malo todo el tiempo <input type="radio"/>	6	A. Rara vez pienso que me van a pasar cosas malas <input type="checkbox"/> B. Me preocupa que puedan pasarme cosas malas <input type="checkbox"/> C. Estoy seguro que me pasarán cosas malas <input type="checkbox"/>
7	A. Me gusto a mi mismo <input type="radio"/> B. No me gusto a mi mismo <input type="radio"/> C. Me odio a mi mismo <input type="radio"/>	8	A. Generalmente no tengo la culpa de las cosas malas <input type="radio"/> B. Tengo la culpa de muchas cosas malas <input type="radio"/> C. Tengo la culpa de todas las cosas Malas <input type="radio"/>
9	A. Nunca he pensado en matarme <input type="radio"/> B. A veces pienso en matarme pero No lo haría <input type="radio"/> C. Quiero matarme <input type="radio"/>	10	A. Rara vez tengo ganas de llorar <input type="checkbox"/> B. Muchos días me dan ganas de llorar <input type="checkbox"/> C. Siento ganas de llorar todos los Días <input type="checkbox"/>
11	A. Rara vez me molesta algo <input type="checkbox"/> B. Las cosas me molestan muchas veces <input type="checkbox"/> C. Las cosas me molestan todo el tiempo <input type="checkbox"/>	12	A. Me gusta estar con otras personas <input type="checkbox"/> B. Muchas veces no me gusta estar con otras personas <input type="checkbox"/> C. Yo no quiero estar con otras Personas <input type="checkbox"/>
13	A. Me decido fácilmente por algo, cuando quiero <input type="radio"/> B. Es difícil para mí decidirme por algo <input type="radio"/> C. No puedo decidirme por algo <input type="radio"/>	14	A. Me veo bien <input type="radio"/> B. Hay algunas cosas malas en mi apariencia <input type="radio"/> C. Me veo horrible <input type="radio"/>
15	A. Hacer las tareas del colegio no es problema <input type="radio"/> B. Muchas veces me cuesta esfuerzo hacer las tareas del colegio <input type="radio"/> C. Todo el tiempo me cuesta mucho esfuerzo hacer tareas del colegio <input type="radio"/>	16	A. Duermo muy bien <input type="checkbox"/> B. Varias noches tengo problemas para dormir <input type="checkbox"/> C. Todas las noches tengo problemas para dormir <input type="checkbox"/>
17	A. Rara vez me siento cansado <input type="checkbox"/> B. Muchos días me siento cansado <input type="checkbox"/> C. Todo el tiempo me siento Cansado <input type="checkbox"/>	18	A. Como muy bien <input type="checkbox"/> B. Varios días no tengo ganas de comer <input type="checkbox"/> C. La mayoría de los días no tengo ganas de comer <input type="checkbox"/>
	A. No me preocupan dolores ni enfermedades <input type="checkbox"/>		A. No me siento solo <input type="checkbox"/>

19	B. Muchas veces me preocupan dolores y enfermedades <input type="checkbox"/> C. Todo el tiempo me preocupan dolores y enfermedades <input type="checkbox"/>	20	B. Muchas veces siento solo <input type="checkbox"/> C. Todo el tiempo me siento solo <input type="checkbox"/>																
21	A. Siempre me divierto en el colegio <input type="checkbox"/> B. Solo de vez en cuando me divierto en el colegio <input type="checkbox"/> C. Nunca me divierto en el colegio <input type="checkbox"/>	22	A. Tengo muchos amigos <input type="checkbox"/> B. Tengo muchos amigos, pero quisiera tener más <input type="checkbox"/> C. No tengo amigos <input type="checkbox"/>																
23	A. Mi rendimiento en el colegio es bueno <input type="radio"/> B. Mi rendimiento en el colegio no es tan bueno como antes <input type="radio"/> C. Mi rendimiento en el colegio es malo <input type="radio"/>	24	A. Soy tan bueno como otros alumnos <input type="radio"/> B. Puedo ser tan bueno como otros alumnos, si yo quisiera <input type="radio"/> C. Nunca podré ser tan bueno como otros alumnos <input type="radio"/>																
25	A. Estoy seguro que hay personas que me quieren <input type="radio"/> B. No estoy seguro si alguien me quiere <input type="radio"/> C. Nadie me quiere realmente <input type="radio"/>	26	A. Generalmente hago caso en lo que me dicen <input type="checkbox"/> B. Muchas veces no hago caso en lo que me dicen <input type="checkbox"/> C. Nunca hago caso en lo que me dicen <input type="checkbox"/>																
27	A. Me llevo bien con los demás <input type="checkbox"/> B. Muchas veces me peleo con los demás <input type="checkbox"/> C. Todo el tiempo me peleo con los demás <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>AREAS</th> <th>PD</th> <th>Pc</th> <th>DIAGNÓSTICO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DISFORIA</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AUTODES</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		AREAS	PD	Pc	DIAGNÓSTICO	DISFORIA				AUTODES				TOTAL			
AREAS	PD	Pc	DIAGNÓSTICO																
DISFORIA																			
AUTODES																			
TOTAL																			

MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM - V

CRITERIOS DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
-

TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica

Para distinguir la culpabilidad de un episodio de depresión mayor (EDM), es útil tener en cuenta que en la culpabilidad el afecto predominante es el sentimiento de vacío y pérdida, mientras que en un EDM, es el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de esperar felicidad o placer. La disforia en la culpabilidad probablemente disminuye de intensidad en días o semanas y se produce en oleadas, las denominadas punzadas de culpa. Estas oleadas tienden a asociarse a pensamientos o recuerdos del difunto. El estado de ánimo deprimido de un EDM es más persistente y no se asocia a pensamientos o preocupaciones específicos. El dolor de la culpabilidad puede ir acompañado de humor y emociones positivas que no son característicos de la intensa infelicidad y miseria que caracteriza a un EDM. El contenido de los pensamientos asociados a la culpabilidad generalmente presenta preocupación vinculada a pensamientos y recuerdos del difunto, y no la autocrítica o la rumiación pesimista que se observa en un EDM. En la culpabilidad, la autoestima por lo general se conserva, mientras que en un EDM son frecuentes los sentimientos de no valer para nada y de desprecio por uno mismo. Si en la culpabilidad existen ideas de autoanulación, implican típicamente la percepción de haber fallado al difunto (p. ej., no haberlo visitado con más frecuencia, no decirle lo mucho que lo quería). Si un individuo en duelo piensa en la muerte y en el hecho de morir, estos pensamientos se centran por lo general en el difunto y posiblemente en “reunirse” con él, mientras que en un EDM estos pensamientos se centran en poner fin a la propia vida debido al sentimiento de inutilidad, de no ser digno de vivir o de ser incapaz de hacer frente al dolor de la depresión.

TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE DISTIMIA

300.4 (F34.1)

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**TRASTORNO DEPRESIVO INDUCIDO POR UNA
SUSTANCIA/MEDICAMENTO**

300.4 (F34.1)

A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):

1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente puede incluir lo siguiente:

Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional,

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Sólo se hará este diagnóstico en lugar de un diagnóstico de intoxicación por una sustancia o abstinencia de una sustancia cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean suficientemente graves para justificar la atención clínica.

Nota de codificación: Los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para los trastornos depresivos por [sustancia/medicamento específico] se indican en la tabla siguiente. Obsérvese que el código CIE-10-MC depende de si existe o no algún trastorno concomitante por uso de sustancias de la misma clase.

TRASTORNO DEPRESIVO DEBIDO A OTRA AFECCIÓN MÉDICA

A. Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para el trastorno depresivo debido a otra afección médica es 293.83, que se asigna independientemente del especificador. El código CIE-10-MC depende del especificador (véase más adelante).

Especificar si:

(F06.31) Con características depresivas: No se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor.

(F06.32) Con episodio del tipo de depresión mayor: Se cumplen todos los criterios (excepto el Criterio C) para un episodio de depresión mayor.

(F06.34) Con características mixtas: También existen síntomas de manía o hipomanía pero no predominan en el cuadro clínico.

Nota de codificación: Incluir el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., 293.83 [F06.31] trastorno depresivo debido al hipotiroidismo, con características depresivas). La otra afección médica también se codificará y enumerará por separado inmediatamente antes del trastorno depresivo debido a la afección médica (p. ej., 244.9 [E03.9] hipotiroidismo; 293.83 [F06.31] trastorno depresivo debido al hipotiroidismo, con características depresivas).

OTRO TRASTORNO DEPRESIVO ESPECIFICADO

311 (F32.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría de otro trastorno depresivo especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno depresivo específico. Esto se hace registrando “otro trastorno depresivo especificado” y a continuación el motivo específico (p. ej., “episodio depresivo de corta duración”). Algunos ejemplos de presentaciones que se puede especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

1. Depresión breve recurrente: Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes (no asociados al ciclo menstrual) durante un mínimo de doce meses consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.

2. Episodio depresivo de corta duración (4–13 días): Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una depresión breve recurrente.

3. Episodio depresivo con síntomas insuficientes: Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para depresión breve recurrente.

OTRO TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO

311 (F32.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría del trastorno depresivo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

FLUJOGRAMA

ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

