



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA**

**DEPRESIÓN INFANTIL Y RENDIMIENTO ESCOLAR EN LOS NIÑOS
DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA FISCOMISIONAL “DR.
GABRIEL GARCÍA MORENO” DE GUANO, PERÍODO MAYO –
OCTUBRE 2014.**

AUTOR(ES):

JESICA ESTEFANÍA SANCHEZ RAMÍREZ

PRISCILA ANABEL LARA ESPARZA

TUTOR:

LIC. ANTONIO FERREIRO

RIOBAMBA, 2014.

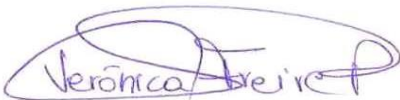
ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

Nosotros: LIC. ANTONIO FERREIRO, DRA. VERÓNICA FREIRE, PS.CESAR PONCE. Tribunal de tesina previo a la obtención al título de Psicóloga Clínica de las Señoritas PRISCILA ANABEL LARA ESPARZA, JESICA ESTEFANÍA SANCHEZ RAMÍREZ, con el tema DEPRESIÓN INFANTIL Y RENDIMIENTO ESCOLAR EN LOS NIÑOS DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA FISCOMISIONAL "DR. GABRIEL GARCÍA MORENO" DE GUANO, PERÍODO MAYO – OCTUBRE 2014. Certificamos que hemos leído el proyecto y que están listas para la defensa publica del mismo

Riobamba, 05 de Diciembre de 2014.



Lic. Antonio Ferreiro
TUTOR



Dra. Verónica Freire
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL



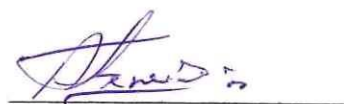
Ps. César Ponce
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

RIOBAMBA, 02 DE JUNIO DEL 2014

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del Proyecto de Grado Presentado por las señoritas Jesica Estefanía Sánchez Ramírez, Priscila Anabel Lara Esparza para optar al título de Psicóloga Clínica, y que acepto asesorar a las estudiantes en calidad de tutor, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, 02 de Junio del 2014



Lic. Antonio Ferreiro

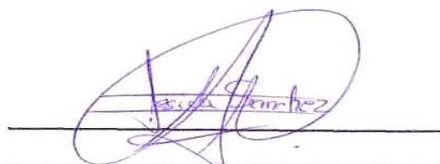
DERECHO DE AUTORÍA

Nosotras, Jesica Sánchez, Priscila Lara somos responsables de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Priscila Anabel Lara Esparza

C.I. 060427256-7



Jesica Estefania Sánchez Ramirez

C.I. 060405750-5

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de llegar a este momento, a mis padres Danilo Lara y Marisol Esparza que con su esfuerzo y sacrificio me han regalado el mejor obsequio de la vida, una profesión, gracias porque han sido la luz que han guiado mi camino hacia la meta, le agradezco a mi hermana Joselyn Lara que ha sido mi soporte y con mucha alegría aliviado mis tristezas a mi sobrina Alina quien ha llenado mi vida de alegría y fuerza para seguir luchando y a una persona muy especial en mi vida, Jonathan Soria que me ha brindado la fuerza y su apoyo incondicional para seguir adelante. Gracias a todos ellos por hacer de mi sueño una realidad.

Priscila Lara.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme culminar esta etapa de mi vida y hacer realidad este sueño anhelado, le agradezco a la Escuela de Educación Básica Fiscomisional “Dr. Gabriel García Moreno” por permitir realizar esta investigación, a la participación de todos los niños a las personas quienes me han motivado para seguir luchando y salir adelante.

Jessica Sánchez.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

Childhood depression is characterized by an affective condition of sadness, irritability, hyperactivity, low self esteem, etc., with greater intensity and duration, presenting itself as one of the factors that negatively affects school performance, consequently this is reflected in the students' low scores. The research aims to analyze the relationship between depression childhood and school performance of children in the Escuela de Educación Básica Fiscomisional "Dr. Gabriel García Moreno" from Guano city, the population for this research is 95 children who were administered the Child Depression Inventory Kovacs, for the sample criteria for inclusion and exclusion were used, achieving a final sample of 50 children, which corresponds to 100%. The results show 53% of children with depression with different valuations; and 46% with moderate and low depressive symptoms, 40% with marked or severe depressive symptoms, and 14% with depressive symptoms in the highest degree, the results were compared with the academic performance of students, analyzing the transcript examinations of the third quarter, noting that 54% of children achieved a grade point average of between 5 and 6 points out of 10, which means in terms of the new assessment or grade school children are coming to the levels of learning required. This research found that students from this school have childhood depression which affecting school performance; once identified the problem and the cause for the low scores of children, a proposal for psycho educational workshops that will be applied to students, teachers and parents, in order to achieve awareness, prevention and reduction of this problem was made , reason for the research.

Reviewed by:

Lic. Mónica Castillo

ENGLISH TEACHER



DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo va dedicado con mucho cariño a Dios por darme la vida, a mis padres quienes a diario me han ayudado a superar las dificultades cotidianas, a la Escuela de Educación Básica Fiscomisional “Dr. Gabriel García Moreno”, por acogernos en su institución como parte de ellos y permitirnos realizar esta investigación, a todos los niños que fueron partícipes, a mis maestros que han compartido sus conocimientos y valores para ser de mí una profesional que ame su carrera.

Priscila Lara

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación se los dedico con mucho cariño a mis hijos Martin y Nicky quienes han sido mi fortaleza diaria para llegar a este objetivo cumplido.

Jesica Sánchez.

RESUMEN

La depresión infantil se caracteriza por una condición afectiva de tristeza, irritabilidad, hiperactividad, baja autoestima, etc., con mayor intensidad y duración, presentándose como uno de los factores que influyen negativamente en el rendimiento escolar, consecuentemente esto se ve reflejado en las bajas calificaciones de los estudiantes. La investigación tiene como objetivo analizar la relación entre depresión infantil y rendimiento escolar de los niños y niñas de la Escuela de Educación Básica Fiscomisional “Dr. Gabriel García Moreno”, de Guano, el techo poblacional para esta investigación es de 95 niños, a quienes se les aplicó el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, para obtener la muestra se utilizaron criterios de inclusión y exclusión, consiguiendo una muestra final de 50 niños, que corresponde al 100%.

Los resultados reflejan el 53% de niños con depresión con diferentes valoraciones; así el 46% con sintomatología depresiva mínima y moderada, el 40% con sintomatología depresiva marcada o severa, y el 14% con sintomatología depresiva en grado máximo, los resultados obtenidos se compararon con el rendimiento escolar de los estudiantes, analizando el registro de calificaciones de los exámenes del tercer parcial, notando que el 54% de los niños alcanzaron un promedio de calificaciones de entre 5 y 6 puntos sobre 10, lo que significa en términos de la nueva valoración o calificación escolar que los niños están próximos a alcanzar los niveles de aprendizajes requeridos. Con esta investigación se comprueba que en los estudiantes de esta institución educativa existe depresión infantil afectando al rendimiento escolar; una vez identificado el problema y la causa que origina las bajas calificaciones de los niños, se realizó una propuesta de talleres psicoeducativos que serán aplicados al estudiantado, docentes y padres de familia, con el objetivo de conseguir una sensibilización, prevención y disminución de este problema, motivo de la investigación.

ÍNDICE GENERAL

PORTADA	
ACEPTACIÓN DE TUTOR	i
DERECHO DE TUTORÍA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
SUMMARY	
ÍNDICE GENERAL	vii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
PROBLEMATIZACIÓN	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
OBJETIVOS	5
OBJETIVO GENERAL	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
JUSTIFICACIÓN	6
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
LINEA DE INVESTIGACIÓN	9
POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL	9
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	9
ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES REALIZADAS	9
DEPRESIÓN INFANTIL	10

Definiciones	10
Clasificación de los signos y síntomas de la depresión infantil	12
Signos y síntomas de acuerdo a la edad	13
Causas de la depresión infantil	14
Elementos que influyen en la depresión infantil	16
Clasificación de la depresión infantil	20
Tratamiento de la depresión infantil	30
RENDIMIENTO ESCOLAR	33
Definiciones	33
Factores que intervienen en el rendimiento escolar	34
Tipos de Rendimiento escolar	36
Procedimientos de verificación del rendimiento	37
Calificación y promoción de los estudiantes	38
La evaluación estudiantil	38
Propuesta	40
DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	54
HIPÓTESIS Y VARIABLES	57
HIPÓTESIS	57
VARIABLES	57
Independiente	57
Dependiente	57
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	58
CAPÍTULO III	
MARCO METODOLÓGICO	
Método de Investigación	60
Tipo de investigación	60
Diseño de investigación	61
Tipo de estudio	61
POBLACIÓN Y MUESTRA	61
POBLACIÓN	61
MUESTRA	61
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	62
TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	62
Técnicas estadísticas	63
CAPÍTULO IV	
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
Tabla 01 y Gráfico 01	65
Tabla 02 y Gráfico 02	67

Tabla 03 y Gráfico 03	69
Tabla 04 y Gráfico 04	71
Tabla 05 y Gráfico 05	73
COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS	75
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES	77
RECOMENDACIONES	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
ANEXOS	82

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA No. 01

Inventario de depresión infantil de Kovacs 65

TABLA No.0 2

Niveles de depresión infantil 67

TABLA No.0 3

Registro de calificaciones 69

TABLA No.0 4

Relación entre depresión infantil y bajo rendimiento escolar 71

TABLA No.0 5

Relación entre depresión infantil y rendimiento normal 73

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO No. 01

Inventario de depresión infantil de Kovacs 65

GRÁFICO No. 02

Niveles de depresión infantil 67

GRÁFICO No. 03

Registro de Calificaciones 69

GRÁFICO No.0 4

Relación entre depresión infantil y bajo rendimiento escolar 71

TABLA No. 05

Relación entre depresión infantil y rendimiento normal 73

INTRODUCCIÓN

La presente investigación estudia como los síntomas depresivos afectan en el rendimiento escolar de los niños y niñas de la Escuela de Educación Básica Fiscomisional “Dr. Gabriel García Moreno”, del cantón Guano provincia de Chimborazo, debido a que la depresión infantil constituye uno de los factores que influyen en las diferentes esferas de la vida del niño; entre ellas la que fue investigada es la esfera escolar, notando una afectación en sus calificaciones siendo una situación preocupante para la Institución, docentes y padres de familia.

La disminución en las calificaciones es un antecedente importante a investigar, por lo que se procede a analizar el factor causal poniendo como principal la depresión infantil, el techo poblacional es de 95 niños; siendo la muestra de 50 niños que presentan los síntomas depresivos después de la aplicación del Inventario de depresión infantil de Kovacs, continuando con la observación de los registros de calificaciones de los estudiantes con los resultados encontrados en el presente trabajo investigativo se instauró en la Institución talleres con un enfoque Psicoeducativo lo cual ayudara para una mejor información y prevención de este trastorno.

Este trabajo consta de cinco capítulos, en el Capítulo I hacemos un análisis Global sobre los indicadores de la depresión en los niños y las consecuencias que esta conlleva poniendo como principal el bajo rendimiento, para luego profundizar el tema en la escuela donde se desarrolló este trabajo y entender mejor el comportamiento de los niños.

En el Capítulo II encontramos el marco teórico que constara de aportes de autores relacionados con el tema: la depresión infantil y rendimiento escolar, observando que uno de los factores para la disminución de las notas escolares es la depresión en los niños, como también se hallara la propuesta realizada para la prevención.

En el Capítulo III tenemos la explicación de los métodos empleados para la investigación, la población que estuvo constituido por 95 niños y la muestra de 50 niños, las técnicas e instrumentos para la recolección de datos como el inventario de depresión infantil de Kovacs y las fichas de registro académico, así como también las técnicas de procedimiento para el análisis e interpretación.

En el Capítulo IV analizamos e interpretamos los datos que se obtuvieron con la aplicación de las técnicas como el reactivo psicológico y el registro académico relacionándolas para una interpretación propicia de los resultados. Finalmente en el Capítulo V se hallan las conclusiones y recomendaciones ante estas variables estudiadas.

CAPÍTULO I

PROBLEMATIZACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la década de los cuarenta la comunidad científica pensaba que la depresión infantil era producto de los cambios de actitud de los niños conforme avanzaba su edad cronológica; por lo cual asumían que los niños no podrían ser afectados por este trastorno por su corta edad. Sin embargo, en el contexto real existían niños deprimidos; pero pocos años después algunos clínicos empezaron a revelarse contra la ortodoxia que vetaba la posibilidad de su existencia en distintos campos de la psicología aplicada, y comenzaron a aparecer estudios relacionados con la depresión infantil, bajo los nombres de Akerson (1942); Spitz (1945); Bowlby (1951) entre otros.

La depresión infantil constituye uno de los mayores problemas psicológicos suscitados a nivel mundial, alcanzando porcentajes del 8 al 20%, para España la incidencia es del 11,5% durante el 2008 se reveló que durante ese periodo 191 niños de 10 a 14 años se quitaron la vida según los datos del Instituto Mexicano de la Juventud.

Según los estudios de Sánchez (2012), en el caso Colombiano la cifra se calcula entre el 17,09% y 25,2% de depresión infantil, en Perú bordea el 18,2% y en Chile el 25,9%; pero en el caso de Ecuador es más preocupante con una prevalencia alta del 41% entre 9 y 16 años. Estos datos generan una alarma continental que es necesario evitarla, con el aporte de los gobiernos y la Organización mundial de la salud. En la provincia de Chimborazo lamentablemente no se encuentran estadísticas sobre el tema de depresión infantil y su relación con el rendimiento escolar.

Guano al ser un cantón artesanal, gastronómico y turístico donde la mayoría de los padres de familia se dedican a estos trabajos que requieren de tiempo completo, se ven obligados a abandonar sus hogares durante todo el día, lo cual produce un descuido de sus hijos, convirtiéndose en uno de los posibles factores causales de la depresión infantil reflejado en la disminución del rendimiento escolar y provocando en los padres un total desconocimiento de la causa o las causas de este problema.

En cuanto a la Escuela de Educación Básica Fiscomisional “Dr. Gabriel García Moreno” objeto de nuestra investigación se ha observado en los niños un bajo rendimiento escolar, es por esto que las autoridades, profesores y padres de familia se han mostrado preocupados al desconocer los motivos que han generado este problema, muchas de las veces catalogamos a los niños diciendo que; son rebeldes, caprichosos, irritables, dejados y no tomamos en cuenta las diferentes situaciones que han originado estos comportamientos. Proponiendo para efectos de este trabajo que la raíz problemática es la existencia de la depresión infantil que no permite a los niños el óptimo desarrollo en el ambiente escolar.

La depresión puede llegar a constituirse uno de los problemas psicológicos con mayor frecuencia que afecta a hombres y mujeres, sean estos adultos, adolescentes o niños; siendo los últimos una de las poblaciones más vulnerables a las diferentes situaciones de nuestro diario vivir, pudiendo ser según los casos estresantes y desalentadores, lo que puede ocasionar un bajo rendimiento escolar.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo afecta la depresión infantil en el rendimiento escolar de los niños de la Escuela de Educación Básica Fiscomisional “Dr. Gabriel García Moreno” de Guano?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

Analizar la relación entre depresión infantil y rendimiento escolar de los niños de la Escuela de Educación Básica Fiscomisional “Dr. Gabriel García Moreno” de Guano.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar la presencia de depresión infantil en los niños de la Escuela de Educación Básica Fiscomisional “Dr. Gabriel García Moreno”.

- Determinar el rendimiento escolar de los niños de la Escuela de Educación Básica Fiscomisional “Dr. Gabriel García Moreno”.
- Relacionar la depresión infantil y rendimiento escolar de los niños de la Escuela de Educación Básica Fiscomisional “Dr. Gabriel García Moreno”.
- Plantear talleres psicoeducativos para prevenir la depresión infantil.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La depresión infantil un fenómeno multicausal y universal, encontrado en las investigaciones revisadas de diferentes países como España, México, Brasil, Chile, Colombia como también en algunas ciudades de nuestro país, identificado en la Escuela de Educación Básica Fiscomisional “Dr. Gabriel García Moreno” del Cantón Guano, es necesario dar a conocer que no sólo está afectando en el estado emocional del niño sino también en el rendimiento escolar por esta razón el presente estudio investigativo va enfocada en un análisis sobre la existencia de depresión infantil y su afectación en el rendimiento escolar tomando en cuenta que es un tema poco investigado ya que la sociedad no ha tomado conciencia de que los niños también pueden ser afectados con sintomatología depresiva.

Las investigaciones sobre el tema en nuestro contexto, son escasas, lo cual impide efectuar comparaciones tanto de sintomatologías como de procesos de tratamiento de las mismas, en virtud de que las consecuencias inmediatas de la depresión infantil se expresan a través de manifestaciones anímicas, conductuales, cognitivas y fisiológicas, que repercuten en las el rendimiento escolar y en las relaciones socio-afectivas del niño, que además pueden también expresarse en intentos suicidas por la tendencia a correr el riesgo del fracaso escolar.

Al visitar la Escuela de Educación Básica Fiscomisional “Dr. Gabriel García Moreno” de Guano y al conversar con el Padre director y docentes, manifiestan que el mayor problema encontrado y observado en su estudiantado es el desinterés en el estudio y por lo tanto la baja de calificaciones, instaurándose en docentes, padres de familia, autoridades institucionales la incertidumbre del inconveniente originado.

Por esto destacamos que el tema de investigación es muy importante para brindar una mayor información de la existencia de depresión en los niños y que puede ser una de las causas fundamentales para que los niños estén presentando un bajo rendimiento escolar, con este estudio se pretende sensibilizar a los padres de familia, maestros, autoridades de la Institución aportando con información sobre este tema y que ellos también puedan formar parte del cambio y la estabilidad emocional de niño, constituyéndose en un pilar fundamental de su tratamiento.

Por otra parte es importante dar a conocer que para la investigación contamos con la aprobación y la aceptación de la institución y padres de familia para trabajar con los estudiantes y así poder recopilar toda la información pertinente que valide este estudio.

Los datos que se enuncian en esta investigación podrán ser utilizados por los investigadores y estudiantes que deseen analizar permanentemente el tema, ayudara a impedir el desarrollo progresivo de este trastorno, y a su vez servirá a profesionales de la salud mental para verificar y/o analizar la validez del plan de intervención psicológico planteado en esta investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

Línea Macro:

- Salud Integral

Sublínea:

- Conducta y salud mental, social, familiar e individual.

2.2. POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL

Esta investigación está fundamentada en los estudios realizados por la Psicóloga Victoria del Barrio, (1997) quien se refiere a depresión infantil como “Condición afectiva de tristeza presentándose en mayor intensidad y duración, siendo evidente cuando un niño posiblemente presenta dicha patología ya que varía su estado de ánimo e interés por actividades que anteriormente eran de su agrado, alterando su apetito y el sueño”.

El rendimiento escolar se fundamentara en los aportes del Pedagogo José Chávez Zamora que la define como: “Manifestación de conocimientos aprendidos y asimilados, evaluados por calificaciones obtenidas de pruebas escritas y orales, asociado también a la inteligencia”

2.3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.3.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES REALIZADAS

Se realizó una revisión de trabajos investigativos en el campo de la depresión infantil y rendimiento escolar, no existe mucha información referente al tema, sin embargo citamos las siguientes investigaciones:

Prevalencia de depresión, en Lima período 2006 por Yesquen Pamela, se estudió a los niños de 8 a 11 años con el objetivo de conocer estadísticas sobre este trastorno en dicha población, los resultados fueron: el 27,71% de niños con depresión, 16,27 depresión leve, 11,44% depresión severa, encontrando que es probable tener 13 veces de rendimiento escolar inadecuado si se tiene depresión.

La depresión infantil y su incidencia en el rendimiento educativo, en Loja período 2008 por Ochoa Tania y Pereira Mirian, la investigación trata sobre la incidencia de la depresión infantil en el rendimiento educativo de los niños de primer año de educación básica, los resultados fueron: frecuentemente estados emocionales de tristeza, irritabilidad, y nerviosismo (14%), así como dificultad para concentrarse y memorizar (7%).

La depresión y su incidencia en la adaptación escolar, en Ambato período 2010 por Jaramillo Katherine, se hizo una investigación sobre los síntomas de depresión en niños de primer año de educación básica y su influencia en la adaptación, los resultados fueron: niños con desadaptación escolar, depresión, familias disfuncionales. En función a estos resultados se creó una propuesta mediante charlas motivacionales sobre la depresión y su incidencia en la adaptación escolar.

2.3.2. DEPRESIÓN INFANTIL

2.3.2.1. Definiciones:

Lang y Tisher, (1983), mencionan que la depresión infantil se caracteriza por: “a) Una respuesta afectiva de tristeza que se manifiesta por llanto. b) Un auto concepto negativo que se incluye sentimientos de inadecuación, inutilidad, desamparo, etc c) Una disminución de la productividad mental y de los impulsos (aburrimiento, falta de energía, descontento) d) Preocupaciones por la muerte, la enfermedad, el yo, los otros, pensamientos suicidas e) Problemas de agresión (irritabilidad y mal humor)”.

Beck (1977), define a la depresión como “un estado anormal del organismo que se manifiesta a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas y nihilistas, una pérdida de la espontaneidad y señales vegetativas específicas”. Para Beck lo más característico del trastorno depresivo es lo que denomina la triada cognitiva: visión negativa sobre uno mismo, visión negativa de su entorno y visión negativa acerca del futuro

Para el DSM IV, (2000) la depresión infantil se reconoce como un grupo de trastornos cuyos síntomas fundamentales son similares a los que se observan en la depresión del adulto. En el DSM también se afirma que diferentes formas de depresión, como la depresión mayor, el trastorno distímico y la depresión atípica pueden afectar al niño. Las características básicas de la depresión en los niños son un estado de ánimo triste o irritable, una pérdida persistente del interés o de la capacidad de disfrute por las actividades favoritas, alteraciones de carácter fisiológico como modificaciones en el apetito y en el peso, alteración de los patrones del sueño, alteraciones psicomotoras, fatiga, disminución de la capacidad del razonamiento y de concentración, sentimientos de inutilidad o culpa, y preocupación suicida.

Wicks Nelson e Israel, (1997) refiere que además de la infelicidad suele observarse una pérdida de la experiencia de placer, retraimiento social, baja autoestima, incapacidad para concentrarse, trabajos escolares insuficientes, alteraciones en las funciones biológicas (dormir, comer, eliminación) y síntomas somáticos.

Para los efectos de esta investigación se tomara en cuenta el concepto propuesto por Victoria del Barrio, (1997) menciona que depresión infantil es una condición afectiva de tristeza presentándose en mayor intensidad y duración siendo evidente cuando un niño presenta dicha patología ya que varía su estado de ánimo e interés por actividades, alterando su apetito y el sueño. Caracterizada por: “tristeza, irritabilidad, anhedonia (pérdida del placer), llanto fácil, falta del sentido del humor, sentimiento de no ser querido, baja autoestima, aislamiento social, cambios en el sueño, cambios de apetito y peso, hiperactividad, disforia e ideación suicida”.

Entre las características antes mostradas de los diferentes autores nos damos cuenta que existe una similitud donde se muestra que el niño cuando está sufriendo de dicha patología se muestra con un estado de ánimo bajo acompañado de llanto, la falta de interés por actividades, como también una desvalorización de

la persona, agresiones que pueden ser físicas o verbales, llevando consigo incluso tendencias auto agresivas, probablemente al suicidio sino no se toma en cuenta a tiempo estas señales.

Es necesario tomar en cuenta que la depresión infantil no es sencilla de identificar debido a la falta de recursos que poseen los niños para expresar y/o comunicar lo que le está pasando es por esto que los diferentes signos y síntomas pasan desapercibidos para padres, maestros, familiares etc... incluso porque no en todos los niños la depresión se presenta de la misma forma, un niño puede mostrar agresión así como otro hiperactividad o tristeza.

2.3.2.2. Clasificación de los signos y síntomas de la depresión infantil.

De acuerdo a Victoria del Barrio (2005) en función de todos los signos y síntomas que refieren varios autores sobre el tema de la depresión infantil expone una síntesis y los clasifica en seis categorías:

Emocionales: En los cuales se encuentran los sentimientos de tristeza, pérdida del disfrute, falta de sentido de humor, cambios bruscos de humor, irritabilidad; así como la ausencia de interés y llanto excesivo.

Motores: Se hace referencia por un lado a la hipo actividad, letargo, enlentecimiento motor, inmovilidad, torpeza, estupor y atonía; y, por el contrario, también encontramos la hiperactividad e inquietud.

Cognitivos: Del Barrio cita la falta de concentración, pérdida de memoria y descenso en el rendimiento académico; así como, pesimismo, desesperanza, indecisión, sentimientos de culpa, baja autoestima e ideas de suicidio.

Sociales: Se muestra por el aislamiento, retraimiento, evitación e incompetencia social.

Conductuales: En esta categoría se cita signos y síntomas exclusivos de la infancia, estos no son presentados en la patología de depresión en adultos entre los cuales tenemos: protestas, riñas, desobediencia, rabietas, indisciplina escolar, delincuencia, drogas y piromanía.

Psicosomáticos: Como síntomas más destacados encontramos: la enuresis, fatiga, pérdida de peso, dolores múltiples, pesadillas, cambios en el sueño y el apetito, defensas inmunológicas bajas, dermatitis y alergias.

2.3.2.3. Signos y síntomas de acuerdo a la edad

Desde bebés hasta la edad preescolar (0-2 años). En este periodo de edad, la depresión está relacionada a la depresión anaclítica producida en niños institucionalizados que no reciben estímulos emocionales adecuados y que se caracterizan por llanto constante, inexpresividad, disminución del peso, vulnerabilidad a las infecciones, retardo en el desarrollo psicológico (Spitz, 1958/1973). En esta etapa, además, son evidentes los síntomas de tipo motor como la inexpresión facial y los movimientos corporales que indican retraimiento y rechazo (Del Barrio, 2005).

Preescolares (2-4 años). Los síntomas afectan el área social no participa en actividades propias de su edad (puede negarse ir al colegio y participar en juegos con sus pares); puede manifestar ciertas conductas desadaptativas: irritación y agresión (hacia sí mismo, objetos y personas); además de problemas físicos: enuresis, encopresis, dificultades alimenticias, insomnio, dolores y molestias (Cuevas y Teva, 2006; Del Barrio, 2005; Tomàs et al., 1996).

Escolares (5-12 años). Los síntomas se empiezan a mostrar sobre todo en la escuela y en su relación con los pares, que son las actividades que caracterizan esta edad. En este período, se puede observar rechazo a las actividades escolares, irritación (peleas y discusiones constantes con sus pares), ansiedad, dificultades en el aprendizaje, entre otros. Relacionado con su desarrollo cognitivo, se empiezan a presentar los primeros pensamientos negativos, se muestra autocrítico e inseguro de sus capacidades, con poca motivación y con temores nocturnos.

Se puede evidenciar, desde este período, problemas de conducta estrechamente relacionados con la depresión infantil, como la crisis de llanto, gritos, peleas, conductas autodestructivas, etc.; también se sigue manifestando problemas de

encopresis, enuresis y onicofagia (Cuevas y Teva, 2006; Del Barrio, 2005; Tomàs et al., 1996).

Adolescentes (12-18 años). En este período los episodios depresivos se muestran con mayor frecuencia y más intensamente; asimismo, los aspectos cognitivos y afectivos se tornan más importantes, mientras que los aspectos motores de las edades anteriores disminuyen (Cuevas y Teva, 2006; Weiss et al., 1992 citados en Del Barrio 2005). Relacionados con estos cambios, encontramos que se hacen evidentes: el disgusto con la imagen corporal y con el desempeño, sentimientos de inferioridad, pesimismo, ideación suicida, el comportamiento aislado, agresivo (desafiante y opositor); así como los problemas de anorexia, bulimia e hipersomnia (Cuevas y Teva; Del Barrio; Tomàs et al., 1996).

2.3.2.4. Causas de la depresión infantil

Las causas de la depresión infantil pueden ser muchas, a continuación vamos a mencionar algunas de las posibles explicaciones del porque los niños y niñas en la actualidad sufren de depresiones, en este esquema propuesto nos vamos a dar cuenta que estas causas pueden ser por situaciones propias del sujeto como también por situaciones estresoras del ambiente en donde se desarrolla, a su vez se expondrá los contenidos teóricos de la aparición de la depresión infantil, dicha teoría estará propuesta por las diferentes corrientes o escuelas psicológicas tomando en cuenta que cada una de ellas tiene una visión diferente sobre la aparición de la depresión infantil, lo que a su vez nos permiten darnos cuenta que las causas de depresión en los niños se muestran con leves diferencias con respecto a los adultos, es por esta razón que las explicaciones teóricas son iguales para ambos.

Teoría psicoanalista: La causa de la depresión infantil es la disminución de la autoestima: Según Freud, es “la pérdida de la admiración o de la estima del “yo”. Pero basándose en los escritos propuestos del psicoanálisis creemos que la depresión infantil no se puede dar debido a que el “YO” no se construye sino hasta la adolescencia donde sería algo irreal”, decir que el niño está sufriendo de esta patología porque no se puede perder la estima de una cosa que realmente aún

no existe y no está constituida en el niño, es por esta explicación que durante mucho tiempo los psicoanalistas han descartado la posibilidad de la existencia de la depresión infantil por razones teóricas. Sin embargo Spitz que fue psicoanalista, y el creador del concepto de la depresión, certifico que “sí existe aportando que lo que se pierde es el “objeto bueno”. Razón por la que el niño tiene una impresión de falta, de pérdida no del “yo”, sino de ese “objeto bueno” lo cual constituía la madre”. Por cuanto esta sería la causa de que el niño produzca depresión.

Teoría conductista: La causa de la depresión es la ausencia de refuerzos: Para esta escuela, la depresión se produce estrictamente por esta causa. La vida tiene una serie de actividades que producen contento, y si esas actividades no se llevan a cabo u otros no producen sentimientos positivos sobre nosotros, entonces aparece la depresión. Hay otros expertos, como Levinson, que matizan el porqué de esta falta de refuerzos: el sujeto no tiene suficientes habilidades, y entonces no se refuerza. Por ejemplo, un niño que no tiene habilidades en la escuela, no encuentra refuerzo en el trabajo escolar; un niño que no tiene habilidades sociales no encuentra satisfacción en la interacción social, etc. Y naturalmente también influye que haya en el entorno acontecimientos negativos que no solamente no producen refuerzos, sino que producen disgustos, y éstos serían acumulativamente una explicación para la aparición de la depresión.

Teorías cognitivas: Para este tipo de especialistas, la depresión no se produce por lo que sucede fuera, porque se dan pocos refuerzos o escasa gratificación o muchos acontecimientos negativos, sino que se produce por lo que pasa dentro: por lo que el sujeto piensa o imagina, por lo que dice o valora. Si una persona dice “yo soy un desastre, no sirvo para nada, no puedo hacerlo, no tengo amigos...” esas atribuciones negativas son las responsables de la aparición de la depresión.

Teorías biológicas: Explican la aparición de la depresión por genes que tienen un papel en el desarreglo de la producción de los elementos bioquímicos, que están en la base de la explicación biológica de la depresión. La herencia de un sistema neuroendocrino defectuoso sería la explicación biológica de la aparición

de la depresión. Esta idea se ha consolidado por el hecho de que tener antecedentes familiares depresivos es un riesgo importantísimo de aparición de la depresión. En el caso de los niños esto se sabe que es así, pero es muy difícil determinar qué es lo que realmente está transmitido como una base genética o lo que está funcionando como un ambiente depresivo en el niño.

Una madre no solo transmite genes, sino también un cierto ambiente de falta de refuerzos, de acontecimientos negativos, de no actividad, y eso también puede ser interpretado como causa de la depresión no exclusivamente biológica. (Trapero, 1999)

2.3.2.5. Elementos que influyen en la depresión infantil.

La autoestima: Adler (1975) menciona que la ausencia de autoestima impide la búsqueda del sentido de la vida, produce problemas de identidad y dificultades para conectarse con intereses auténticos. La baja autoestima es causa de trastornos psicológicos, de neurosis, depresión, problemas psicosomáticos y fallas de carácter, como la timidez, la falta de iniciativa, la anticipación del fracaso, características que impiden el crecimiento.

La personalidad: Smith y Gallo (2001) argumentan que la personalidad se refiere a los procesos a través de los cuales los pensamientos, emociones y conductas individuales son coherentes dentro de patrones significativos en el tiempo a través de las situaciones.

La personalidad se va formando durante la infancia, adolescencia y juventud produciendo transformaciones llamadas maduración biológica y psicológica visualizadas en una estructura corporal, un sistema endocrino, un sistema nervioso que permite pasar de niño a adulto presentando en cada etapa evolutiva una forma de reacción y de la misma manera variando de acuerdo al crecimiento y desarrollo.

Cada experiencia nueva cambia una característica de reaccionar y así va formando la personalidad hasta que se vuelve estable.

En cuanto a la personalidad existen dos factores como:

a) **Factores internos:**

1.-Aspecto Intelectual: Permite al individuo conocer, saber acumular ideas y creencias que le permiten integrarse y desenvolverse en los diferentes medios.

2.-Aspecto Fisiológicos y Morfológicos: La personalidad se expresa a través de ciertos aspectos somáticos estructurales, biológicamente diferentes.

3.-Aspectos impulsivos y volitivos: Constituye el predominio visceral que se escapa del intelecto a de la razón y torna incontrolable vivenciándose en un deseo intenso u obsesión patológica.

4.-Aspectos afectivos; Que se fundamentan en la satisfacción de las necesidades con una capacidad de emociones y de amar.

b) **Factores externos (el medio):**

1.-En el crecimiento y desarrollo físico: Se debe a la participación directa de los genes, la estructura de la estatura, esqueleto, órganos corporales, desarrollo de SNC, y del desenvolvimiento sensorio motriz. El ambiente nocivo distorsiona significativamente cualquier base hereditaria. Para evitar es necesario una nutrición adecuada, ejercicios físicos y atención médica.

2.-En el crecimiento desarrollo mental: Los niños nacen con un amplio potencial mental general y con varias aptitudes, cuyos límites estarían determinados genéticamente. Solamente un ambiente saludable puede garantizar el desarrollo y destrezas heredadas.

3.-En el equilibrio emocional: La herencia predispone genéticamente a la estabilidad o inestabilidad psíquicas en las personas como factor predisponente en el ambiente, los hogares organizados, padres responsable y ambientes familiares saludables, son condiciones básicas para el equilibrio emocional y el desarrollo de la personalidad del niño y el adolescente.

Concluyendo con lo dicho diríamos que la personalidad está constituida por el temperamento y carácter, entendiéndose por temperamento las conductas heredadas y por tanto imitadas, y por el carácter las conductas adquiridas aprendidas en el transcurso de la vida. Contribuyendo con la información podemos decir que la depresión dentro de una estructura de personalidad tiende a

la inestabilidad emocional, genera una cierta tendencia a desarrollar conductas depresivas. (González & Mitjans, 1989)

La edad de los niños: Es una cuestión que dirigida a padres tiene especial interés. Está demostrado que los niños muy pequeños tienen menos posibilidades de desarrollar una depresión. Vamos a presentar dos rangos de edad: de 9 a 10 años y de 14-15 años: siempre los niveles de depresión suelen ser más altos en la pubertad. Los niños que están en esta etapa de la vida tienen una situación emocional, social, personal, sexual, de necesidad de independencia que les genera una remoción muy profunda de todos sus esquemas previos. Y naturalmente no sólo la depresión: la mayor parte de las patologías infantiles tienen un pico, una subida impresionante en la pubertad precisamente porque es una época de modificaciones. Todas las épocas de cambio son malas tanto para los adultos como para los niños. En la pubertad se acumulan el mayor número de cambios posibles. Quizá nunca a lo largo de nuestra vida volvamos a tener una época de crisis de cambios tan grandes como en esa etapa.

El sexo o género de los niños: Es otro factor de riesgo para establecer una reacción de tipo depresivo. Así como la agresión y la inadaptación social son características de los varones, la depresión es una perturbación muchísimo más frecuente en las niñas. Es decir, que si tienen hijos varones es más infrecuente que puedan tener un caso de depresión que si tienen mujeres. Eso siempre es así. Sobre todo, estas diferencias aparecen en la pubertad. Mucha gente quiere ver en esto un dato más para decir “ven ustedes, la depresión tiene que ver con aspectos de tipo biológico”, puesto que antes de los 12 ó 13 años es muy infrecuente encontrar diferencias significativas entre los niveles de depresión de los niños y de las niñas, pero a partir de esos años es muy frecuente. Para muchos, es la testosterona la que está produciendo esas diferencias frente a las hormonas femeninas.

Eso se puede leer así, pero todo el mundo sabe también que ser adolescente consiste en entrar en el juego de los roles sociales que se dan más diferencialmente perfilados. Por lo tanto, aspectos biológicos como sociales están funcionando en de la pubertad de una manera muy violenta, y no se puede interpretar unilateralmente un dato de esta naturaleza.

La Familia: La familia es bien un “grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas”, o bien, el “conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”. Estas definiciones de “familia” enfatizan sobre todo el grado de parentesco de sus participantes. Sin embargo, no incluyen aspectos como el vínculo afectivo que les une o las metas que comparten en la vida. Es decir, atienden principalmente a los aspectos estáticos y no a la dinámica interactiva y cotidiana de sus miembros. Consideramos que la definición de familia, además de contemplar estos aspectos, debe estudiarse, fundamentalmente, como un contexto dentro del cual se desarrollan personas, especialmente los hijos, aunque también los padres y otros adultos.

Por tanto, nos acercamos al estudio de la familia desde el punto de vista de los miembros que la componen y del desarrollo de los mismos. Esto hace que, en sintonía con algunos de los autores más destacados de nuestro país en este campo (Arranz, 2004; López, 2008; Musitu y Caba 2001; Palacios y Rodrigo, 1998).

Los factores que tienen más influencia en la vida de un niño: la familia y la escuela. En ocasiones se sobredimensiona una y se disminuye otra, sin embargo, ambos elementos son fundamentales en el desarrollo del individuo.

Hasta la edad escolar la familia es el entorno más importante. Quienes acompañan a los niños en esta etapa, padres y/o tutores responsables, no solo deben velar por la salud física, también tienen que estar atentos a otros factores que incidirán notablemente en la vida futura del niño, entre ellos el manejo de sus emociones y la prevención de la depresión.

En esta etapa se marca el desarrollo posterior de la persona, no solo se adquiere el lenguaje y hábitos de vida, también se estructuran los afectos y las motivaciones del individuo.

Relación del éxito escolar: Los niños que tienen unas calificaciones escolares malas tienen también mayor probabilidad de generar sintomatología depresiva. Por dos razones:

- Porque si están deprimidos no pueden concentrarse, no tienen motivación y no estudian.
- Porque la calificación escolar baja es un acontecimiento vital negativo, es decir que produce insatisfacción, baja autoestima y por lo tanto puede incrementar el nivel de depresión.

Es decir, que el trabajo escolar, por dos canales diferentes, puede estar conectado con el incremento de la sintomatología depresiva en los niños.

Los niños que tienen mayores experiencias de acontecimientos vitales negativos son los que presentan unos niveles de depresión más altos. Y esto lo hemos encontrado en muchos casos, con muy diferentes muestras y distintas edades.

Todo esto que hemos visto son datos procedentes de esta investigación sobre depresión infantil.

2.3.2.6. Clasificación de la depresión infantil.

Según DSM IV (2000):

Criterios para el episodio depresivo mayor:

- a. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser uno el estado de ánimo depresivo o dos pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- b. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

- c. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
- d. Pérdida importante de peso sin un régimen dietético; o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
- e. Insomnio o hipersomnia casi cada día
- f. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- g. Fatiga o pérdida de energía casi cada día
- h. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
- i. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- j. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico.
- k. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- l. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- m. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

n. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Criterios para el diagnóstico de:

F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único.

- a. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- b. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- c. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- Leve
- Moderado
- Grave sin síntomas psicóticos
- Grave con síntomas psicóticos
- En remisión parcial/en remisión total
- No especificado

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente):

- Crónico

- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el posparto

Criterios para el diagnóstico de:

F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante

Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

- a. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- b. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- Leve
- Moderado
- Grave sin síntomas psicóticos
- Grave con síntomas psicóticos
- En remisión parcial/en remisión total

- No especificado

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el posparto

Especificar:

Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional

Criterios para el diagnóstico de:

F34.1 Trastorno distímico

a. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

b. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- Pérdida o aumento de apetito
- Insomnio o hipersomnia
- Falta de energía o fatiga
- Baja autoestima
- Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
- Sentimientos de desesperanza

c. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

d. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

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

f. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

g. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

h. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años, Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad

Especificar (para los últimos 2 años del Trastorno distímico):

Con síntomas atípicos

Según CIE-10:

F32 EPISODIOS DEPRESIVOS

En los episodios depresivos típicos de cada una de las tres formas descritas a continuación, leve F32.0, moderada F32.1 o grave F32.2 y F32.3, por lo general, el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a. La disminución de la atención y concentración
- b. La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- c. Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves)
- d. Una perspectiva sombría del futuro
- e. Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones
- f. Los trastornos del sueño y
- g. La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión.

La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Alguno de los síntomas anteriores puede ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son:

- a) Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras
- b) Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras
- c) Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual
- d) Empeoramiento matutino del humor depresivo
- e) Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas)
- f) Pérdida marcada de apetito
- g) pérdida de peso (del orden del 5% o más del peso corporal en el último mes) y
- h) Pérdida marcada de la libido.

Incluye: Episodios aislados de reacción depresiva, Depresión psicógena, Depresión reactiva, Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

F32.0 Episodio depresivo leve

Pautas para el diagnóstico

El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben de estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos unas dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.00 sin síntomas somáticos

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos o ninguno de los síntomas somáticos.

F32.01 con síntomas somáticos

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y cuatro o más de los síntomas somáticos están también presentes (si están presentes sólo dos ó tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.1 Episodio depresivo moderado

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos unas dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.10 sin síntomas somáticos

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes pocos ninguno de los síntomas somáticos.

F32.11 con síntomas somáticos

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y cuatro o más de los síntomas somáticos están también presentes (si están presentes sólo

dos ó tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo los sentimientos de inutilidad o culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es notable en los casos particularmente graves.

Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle.

En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Utilice esta categoría para episodios aislados de trastorno depresivo grave. Si hubieran presentado otros episodios utilice la categoría trastorno depresivo recurrente.

Incluye: Episodios depresivos aislados de depresión agitada, Melancolía depresión vital sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Se trata de un episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas de, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o un estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable.

Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta un estupor.

Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Incluye: Episodios aislados de depresión mayor con síntomas psicóticos, Psicosis depresiva psicógena, Psicosis depresiva reactiva, Depresión psicótica, Diagnóstico diferencial.

F32.8 Otros episodios depresivos

Se deben incluir aquí episodios que no reúnen las características de los episodios depresivos señalados, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otros síntomas como la tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas.

Incluye: Depresión atípica, Episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación.

F32.9 Episodio depresivo sin especificación

Incluye: depresión sin especificación, Trastorno depresivo sin especificación.

2.3.2.7. Tratamiento de la depresión infantil.

El tratamiento de la depresión infantil ante todo debe ser individualizado, adaptado a cada caso en particular y a la fase del desarrollo que se encuentra el

niño, en base a su funcionamiento cognitivo, su maduración social y su capacidad de mantener la atención. Además involucra de una manera activa a los padres e intervenciones hacia el entorno del niño (familiar, social y escolar). El tratamiento se divide en:

Terapias Psicológicas:

- **Cognitivo-Conductual:** Se basa en la premisa de que el paciente deprimido tiene una visión distorsionada de sí mismo, del mundo y del futuro. Tales distorsiones contribuyen a su depresión y pueden identificarse y tratarse con técnicas de modificación conductual, manejo adecuado de situaciones, etc.
- **Psicodinámica:** Trata de ayudar al paciente a implementar los recursos necesarios para afrontar, asimilar y adaptarse sin dificultades a las circunstancias psicosociales individuales.
- **Interpersonal:** Se basa en el análisis de situaciones interpersonales donde el objetivo sería el alivio sintomático y el superar aspectos personales.
- **Familiar:** Método donde se trata de aliviar problemas o conflictos que atraviesa un grupo familiar, logrando con esto que sus integrantes expresen sus sentimientos respecto al problema para intentar llegar a un acuerdo.
- **Grupal y de Apoyo:** Donde se trabaja con personas que presentan la misma patología se da pautas o estrategias adecuadas de afrontamiento, recursos cognitivos y emociones adaptativas, donde el objetivo es el alivio sintomático individualizado del problema.

El Tratamiento Farmacológico:

Roland Kuhn, (1958) descubrió el efecto antidepresivo de la imipramina, inició junto a su esposa Verena (psiquiatra infantil) el tratamiento farmacológico de niños depresivos ya ese mismo año.

Vale la pena releer un informe suyo de 1962: “Todos aquéllos que estén familiarizados con las características de la depresión en niños, todos aquéllos que experimentan los cambios espectaculares que se producen en un niño bajo tratamiento, transformándose en otro individuo apenas reconocible pero

infinitamente mejor, todos aquéllos, digo, desarrollan una mayor agudeza diagnóstica para reconocer tales alteraciones en el futuro”.

Los antidepresivos en los que existe mayor bibliografía en tratamientos infantiles son la imipramina, la clomipramina y la maprotilina (llamados antidepresivos cíclicos, a causa de la forma de su molécula). Es conveniente iniciar el tratamiento con dosis relativamente bajas (1 mg/kg de peso y día), para instaurar en un plazo corto, de 5 a 10 días, las dosis terapéuticas. Estas oscilan entre 2 y 3 mg/kg de peso/día para imipramina, clomipramina, y hasta 4 mg/kg de peso/día para la maprotilina.

Desde hace unos 15 años se han descubierto antidepresivos correspondientes a un nuevo grupo terapéutico: inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, entre ellos, la fluoxetina (empleada terapéuticamente a partir de 1988) ha venido a ser el antidepresivo más empleado en todo el mundo, no existe una amplia bibliografía del empleo de fluoxetina en niños pero las ventajas del empleo de fluoxetina en adultos son tan significativas que cabe predecir, a corto o medio plazo similar éxito en el tratamiento de las depresiones infantiles. De hecho, en los niños la mayor actividad metabólica suele permitir dosis relativamente mayores que en adultos (relaciones más altas de miligramos por kg de peso) con menores efectos adversos. Si atendemos a su apetencia por receptores sinápticos, la especificidad de la fluoxetina augura el mismo relevante futuro en los tratamientos pediátricos que en el actual tratamiento de adultos.

La fluoxetina en niños/as depresivos a partir de los 9 años, con dosis entre 20 y 40 mg/día, dan como resultados extremadamente positivos. (Dr. Romeu Asociadas Gabinete médico y psicológico, 2012) (MarcadorDePosición1)

El Tratamiento Combinado

Incluye fármacos y terapias psicológicas, ha demostrado ser lo más adecuado en la actualidad. Así mismo, el Tratamiento en Fase de Mantenimiento va a depender del estado clínico del paciente, su funcionamiento intelectual, su sistema de apoyo, la presencia o no de estresores ambientales y su respuesta al tratamiento.

2.3.3. RENDIMIENTO ESCOLAR

2.3.3.1. Definiciones:

Ruiz (2002) menciona que el rendimiento escolar es un fenómeno vigente, porque es el parámetro por el cual se puede determinar la calidad y la cantidad además, porque es de carácter social, ya que no abarca solamente a los alumnos, sino a toda la situación docente y a su contexto.

Portellano (1989) menciona que: Una característica del bajo rendimiento escolar está dada en función del momento de aparición del mismo; 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 un fracaso escolar secundario, que es el que afecta al niño 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.

Para esta investigación se tomara en cuenta las aportaciones realizadas por (Chávez, 1995) donde describe que: El rendimiento escolar es la manifestación de los conocimientos aprendidos por los alumnos, los cuales han asimilado. Este rendimiento escolar está evaluado por las calificaciones que se obtienen por medio de pruebas escritas y orales.

El rendimiento escolar está asociado también a la inteligencia de “Una Forma de Aceptación Producto de la Interacción de los Procesos de asimilación y Acomodación lo cual permite la composición de operaciones reversibles interiorizadas.

Según las aportaciones de los autores podemos referir que el rendimiento académico determina el nivel de conocimientos del estudiante a base de las calificaciones que las instituciones educativas utilizan mediante un sistema de porcentajes evaluando al estudiante con un rendimiento escolar Muy satisfactorio,

Satisfactorio, Poco satisfactorio, Mejorable e Insatisfecho, comprobando así sus conocimientos y capacidades.

2.3.3.2. Factores que intervienen en el rendimiento escolar.

Factor Biológico: Comprende varios aspectos tales como estatura, contextura, peso, color de la piel, cabello, vista, oído, rostro, dentadura, garganta, voz, aliento, cuello, pecho, espalda, extremidades etc. Esto conforma su estructura física las cuales debe conservar en buenas condiciones, para asumir la vida escolar, el deporte y la recreación.

El mantener en buenas condiciones el organismo, es la base para que el alumno preste interés y esté en condiciones que le permitan asimilar fácilmente la enseñanza del maestro. El estudiante permanecerá activo y decisivo para hacer cualquier actividad que le sea sugerida en la escuela

Factor Psicológico.- El organismo de todo ser humano, en su desarrollo presenta una relación armónica mental y física, por lo tanto el niño que crece físicamente en buenas condiciones, tiene más probabilidad de tener una función psíquica normal.

La vida anímica del niño está sometida a una serie de transformaciones durante su desarrollo, unas son cuantitativas donde se da un cumulo de conocimientos, aumento de las funciones mentales. Las otras son cualitativas, al evolucionar las funciones de la mente puede haber transformaciones, o sea la evolución a la cual está sometido el ser humano, depende de la facultad o interés de cada individuo para llegar al grado de superación que desea.

Se refiere también a los problemas de adaptación, estabilidad emocional, cociente intelectual; ya que el rendimiento del estudiante está estrechamente relacionado con sus capacidades mentales.

Factor Económico.- El factor económico es también un factor del ambiente, las diferencias sociales y ambientales, surgen de las diferencias económicas. Estas diferencias repercuten en el estudiante en cuanto a su capacidad mental y en el

rendimiento escolar, pues un niño que nace en un ambiente económicamente pobre, pasa por situaciones distintas en su desarrollo. El ambiente social y económico influye en la capacidad para el aprendizaje.

La capacidad mental puede considerarse un asunto biológico, pero también está condicionada por la situación social y económica, por lo menos en lo que se refiere a una alimentación adecuada, buenas condiciones de vida y de trabajo.

Es importante hacer notar que existen diferencias individuales; puede pensarse que los estudiantes que viven en hogares económicamente privilegiados, tienen mejores condiciones para el estudio, sin embargo los alumnos que viven en hogares de clase media y de escasos recursos se esfuerzan más por obtener buenas calificaciones de acuerdo a la motivación que estos reciben.

El rendimiento escolar dependerá en gran parte de los medios que se le proporcione al estudiante, pero más que eso dependerá de los incentivos y la participación de los padres de familia

Factor Sociológico.- El medio social constituye un elemento importante para la vida del hombre y el aspecto físico y social, están ligados a su vida orgánica e influyen en el desarrollo anímico del niño.

La comunidad doméstica constituida por la familia, es considerada un factor decisivo en la vida del niño, ya que la misma, se constituye en el elemento primario de socialización del niño y el tipo de relación que el estudiante establece con sus compañeros de juego y de la escuela, dependen en gran parte del tipo de relación y comunicación que este ha tenido con sus padres y familiares en el hogar.

Factor Emocional.- El hombre es un ser emotivo, lo emocional es un factor básico de su conducta. Ni las actividades intelectuales más objetivas, pueden librarse de la interacción de los sentimientos del ser humano. Las emociones pueden representar para el estudiante un beneficio o un perjuicio. Las emociones muy fuertes perjudican al niño, creándole tensiones que entorpecen su estabilidad y adaptación.

Podemos mencionar que todos estos factores son indispensables para el estudiante obtenga un rendimiento escolar muy satisfactorio.

2.3.3.3. Tipos de Rendimiento Escolar

Rendimiento Individual: Es el que se manifiesta en la adquisición de conocimientos, experiencias, hábitos, destrezas, habilidades, actitudes, aspiraciones, etc. Lo que permitirá al profesor tomar decisiones pedagógicas posteriores.

Los aspectos de rendimiento individual se apoyan en la exploración de los conocimientos y de los hábitos culturales, campo cognoscitivo o intelectual. También en el rendimiento intervienen aspectos de la personalidad que son los afectivos.

Rendimiento General: Es el que se manifiesta mientras el estudiante va al centro de enseñanza, en el aprendizaje de las Líneas de Acción Educativa y hábitos culturales y en la conducta del estudiante.

Rendimiento específico: Es el que se da en la resolución de los problemas personales, desarrollo en la vida profesional, familiar y social que se les presentan en el futuro. En este rendimiento la realización de la evaluación de más fácil, por cuanto si se evalúa la vida afectiva del estudiante, se debe considerar su conducta parcialmente: sus relaciones con el maestro, con las cosas, consigo mismo, con su modo de vida y con los demás.

Rendimiento Social. La institución educativa al influir sobre un individuo, no se limita a éste sino que a través del mismo ejerce influencia de la sociedad en que se desarrolla.

Desde el punto de vista cuantitativo, el primer aspecto de influencia social es la extensión de la misma, manifestada a través de campo geográfico. Además, se debe considerar el campo demográfico constituido, por el número de personas a las que se extiende la acción educativa.

“La calidad de la educación básica está relacionada con el manejo de la lectura, escritura y matemáticas elementales y un aprendizaje que tenga relación con la vida cotidiana, metas difíciles de lograr en las escuelas públicas que, en general, cuentan con profesores con poco entrenamiento, que centran su atención en el alumno promedio, que utilizan el método de enseñanza frontal y que poseen pocos materiales de enseñanza” El rendimiento escolar se refleja en todas las actitudes y acciones que el individuo hace a diario éste se apropia del conocimiento el mismo que se imparte con normas y reglas que están enmarcadas en valores éticos y morales, y para lograr que desarrolle su nivel intelectual también el maestro debe mantener un comportamiento ético que convierta al joven en un ente responsable, así el maestro “bueno” para los alumnos en su época de estudiantes no es el mejor para la transformación de su vida (Schiefelbein, Braslawsky, Gatty y Farrés 1994)

El Rendimiento escolar medido en las instituciones educativas a través de las evaluaciones que nos permite observar al estudiante en el momento mismo de la prueba si éste es ético, si realmente se está preparando para la vida o simplemente para obtener un título que lo arrinconará en algún sitio de su casa, porque no puede apropiarse de los conocimientos que le servirán para solucionar sus problemas existenciales.

2.3.3.4. Procedimientos de verificación del rendimiento

Los procedimientos de verificación pueden ser formales e informales.

- **Los formales:** Son los que, revestidos de cierta formalidad, se destinan exclusivamente a comprobar y a juzgar el aprovechamiento de los alumnos.
- **Los informales:** Son los que emplea el profesor frecuentes y oportunas indicaciones sobre la calidad del aprendizaje como las pruebas orales que son los interrogatorios, los debates, la consulta o entrevista individual, la discusión socializada, las comunicaciones orales hechas por el alumno en la clase y las pruebas escritas que son los ejercicios de clase, las tareas, las composiciones informes y resúmenes escritos por los alumnos, las experiencias y los trabajos prácticos.

2.3.3.5. Calificación y Promoción De Los Estudiantes

Según el Ministerio de Educación del Ecuador presenta tres (3) niveles de calificaciones los cuales cuenta con subniveles:

Las calificaciones hacen referencia al cumplimiento de los objetivos de aprendizaje establecidos en el currículo y en los estándares de aprendizaje nacionales, según lo detalla el Art. 194 de la Constitución del Ministerio de Educación. A partir del año lectivo 2012-2013 en el régimen Sierra, las instituciones educativas iniciaron la evaluación con la escala de calificaciones: Supera los aprendizajes requeridos (10), Domina los aprendizajes requeridos (9), Alcanza los aprendizajes requeridos (7-8), Está próximo a alcanzar los aprendizajes requeridos (5-6) y No alcanza los aprendizajes requeridos (menos de 4).

Los requisitos para la promoción se encuentran detallados en el Art. 196 que explica que:

- La calificación mínima requerida para la promoción, en cualquier establecimiento educativo del país, es de siete sobre diez (7/10).
- En los subniveles de Básica Elemental y Básica Media, para la promoción se requiere una calificación promedio de siete sobre diez (7/10) en cada una de las siguientes asignaturas: Matemática, Lengua y Literatura, Entorno Natural, Ciencias Naturales y Estudios Sociales en el año según corresponda, y lograr un promedio general de todas las asignaturas de siete sobre diez (7/10). Quiénes no obtuvieren esta nota, tendrán que rendir un examen supletorio o remedial.

2.3.3.6. La evaluación estudiantil

La evaluación estudiantil es un proceso continuo de observación, valoración y registro de información que evidencia el logro de objetivos de aprendizaje de los estudiantes y que incluye sistemas de retroalimentación, dirigidos a mejorar la metodología de enseñanza y los resultados de aprendizaje. Estos resultados son

los insumos finales para que un estudiante del Sistema Nacional de Educación (SNE) pueda ser promovido.

Los procesos de evaluación estudiantil no siempre deben incluir la emisión de notas o calificaciones. Lo esencial de la evaluación es proveer de retroalimentación al estudiante para que pueda mejorar y lograr los mínimos establecidos para la aprobación de las asignaturas del currículo y para el cumplimiento de los estándares nacionales.

La evaluación tiene como propósito principal que el docente oriente al estudiante de manera oportuna, pertinente, precisa y detallada, para ayudarlo a lograr los objetivos de aprendizaje; la evaluación debe inducir al docente a un proceso de análisis y reflexión valorativa de su gestión como facilitador de los procesos de aprendizaje, con el objeto de mejorar la efectividad de su gestión.

- **La evaluación estudiantil:**

1. Reconocer y valorar las potencialidades del estudiante como individuo y como actor dentro de grupos y equipos de trabajo.
2. Registrar cualitativa y cuantitativamente el logro de los aprendizajes y los avances en el desarrollo integral del estudiante.
3. Retroalimentar la gestión estudiantil para mejorar los resultados de aprendizaje evidenciados durante un periodo académico; y,
4. Estimular la participación de los estudiantes en las actividades de aprendizaje.

- **Evaluación Del Comportamiento:** El comportamiento de un estudiante está dado por las actitudes que asume frente a los estímulos del medio, y estas actitudes están en relación a los valores que ha cultivado. Por ello, es necesario desarrollar valores éticos y de convivencia social que ayuden a los estudiantes a convivir en la sociedad actual y adaptarse a los cambios futuros.

La evaluación del comportamiento de los estudiantes tiene como finalidad ayudarlos a formarse integralmente, es decir, a incorporar en su desarrollo;

profesores de la institución, el Rector, Vicerrector, Inspector, Médico, Personal Administrativo y de apoyo, etc.

Un ambiente adecuado para el aprendizaje se refiere a proporcionar las condiciones necesarias para que tanto el docente como el estudiante tengan bienestar y se involucren en el proceso de aprendizaje.

Para ello se deben tomar en cuenta:

- **Relaciones interpersonales:** Para promover buenas relaciones interpersonales, el docente debe tomar en cuenta los campos de bienestar de sus estudiantes, que se dan en las siguientes relaciones entre los estudiantes (discriminación, agresión física, agresión verbal, apodos, etc.), la relación entre el docente y cada uno de los estudiantes; tener presente los prejuicios, (efecto Pigmalión: el docente da preferencias a los estudiantes que se adaptan a sus intereses y expectativas) y las relaciones con estudiantes de otros cursos, con otros.

2.3.3. PROPUESTA

2.3.4.1. Talleres Psicoeducativos

Los talleres psicoeducativos son espacios de reflexión y aprendizaje grupal utilizados por profesionales de la salud mental en diversos ámbitos (clínico, educacional, comunitario y organizacional), que tienen como principal objetivo la promoción y el desarrollo de habilidades sociales que proporcionen herramientas útiles en diversas esferas del desarrollo humano.

Objetivo.-

- Implementar talleres psicoeducativos en la Escuela de Educación Básica Fiscomisional "Dr. Gabriel García Moreno" para proporcionar información sobre la Depresión Infantil e identificar las causas que la originan para prevenir su propagación.

Contenido.-

- **TALLER 1**

CONOCIENDO SOBRE LA DEPRESION INFANTIL

Participantes: Docentes y Padres de Familia

Objetivos:

- Informar sobre el problema suscitado en los niños de la Institución
- Reconocer la importancia de la Depresión Infantil
- Sensibilizar sobre la existencia de la Depresión Infantil
- Brindar elementos para una mejor comunicación positiva e interacción con los niños

Recursos:

- Proyector
- Computadora
- Formato A4
- Marcadores de colores

Duración: 2 horas

1.- Ejercicio de ambientación

Dinámica del espejo sobre papel (20 minutos)

Repartir formatos A4 y marcadores de colores formar parejas de manera dinámica provocando que trabajen entre pares que no estén mucho tiempo juntos.

Pedir que se sienten de espaldas uno a otro, uno debe contar al otro un momento importante y feliz de su vida con mayoría de detalles posibles, quien escucha deberá hacer un dibujo de momento de felicidad de su compañero, una vez terminado deberán cambiar de roles, cuando hayan terminado deben ponerse frente a frente e intercambiar los dibujos.

En conjunto discutir cómo se sintieron con el ejercicio mientras contaban su historia y realizaban el dibujo, reflexionar sobre lo dispuesto que estamos al escuchar al otro y que tanto podemos transmitir ideas positivas que lleguen a quien nos escucha.

2.- Proyección de resultados obtenidos en la Investigación (30 minutos)

Debate de los resultados obtenidos.

Se dará un tiempo para que cada padre de familia y docente exponga su criterio ante los participantes de cómo cada uno percibe las cifras obtenidas sobre este problema.

3.- Análisis de conceptos de depresión infantil (40 minutos)

Exponer diversos conceptos sobre la depresión infantil

Los expositores deberán realizar diapositivas en donde constaran conceptos sustentados por varios autores en donde hablen sobre la importancia que tiene la depresión infantil en cómo esta influye en las diversas esferas haciendo hincapié en la esfera académica y como podrían solucionar el problema.

Mesa redonda.

En este punto los participantes podrán exponer sus inquietudes a los expositores o brindar aportes al taller.

4.- Ejercicio de cierre Dinámica Pensamientos positivos (20 minutos)

Se reparten tarjetas pequeñas y marcadores entre los y las participantes se forman parejas de forma distinta y se pide que sin hablar se escriban y dibujen un buen pensamiento para su compañero y lo entreguen.

Cada participante deberá guardar ese regalo y considerar lo importante de las cosas simples y entregadas con el corazón.

5.- Evaluación (10 minutos)

1.- Síntomas más comunes de la depresión infantil?

2.- La depresión infantil puede afectar en el rendimiento escolar de su hijo?

3.- Diga qué estrategia utilizaría con su hijo para disminuir los síntomas de la depresión infantil?

- **TALLER 2**

AUTOESTIMA Y VALORACIÓN DE LOS OTROS

Participantes: Niños y niñas de 8 a 10 años

Objetivo:

- Reconocer la importancia de la autoestima en el desarrollo de los seres humanos y del individuo como tal.
- Establecer una valoración de sí mismo para la disminución de los síntomas depresivos
- Contar con destrezas para fortalecer su propia autoestima y de los demás

Recursos:

- Papelotes
- Computadora
- Proyector
- Video de Superación Personal
- Marcadores de colores

Duración: 2 horas

1.- Ejercicio de ambientación

Dinámica de audacia y temor (20 minutos)

Se pide a los participantes que formen un círculo y que se quiten todo lo que les estorba: reloj, chompa, bolso, etc.

Hacer un breve ejercicio de respiración y relajación, empezar el juego a que le teme un participante: Juan le teme a la oscuridad; este a su vez debe contestar "Eso es falso, yo soy bueno para X acción", Juan a su vez debe inventar algo sobre una persona más del grupo. Así hasta que todos hayan participado.

Se cierra la dinámica recalcando que todos tenemos temores, pero estos son fáciles de superar cuando valoramos las capacidades y destrezas que tenemos, es importante reconocer que primero nuestras capacidades y nuestras debilidades, para querernos por lo que somos y tenemos.

2.- Ejercicio de análisis y reflexión (40 minutos)

Comprendiendo el autoestima: En verdad me quiero mucho

Con una lluvia de ideas se pide a todos los participantes que digan un sinónimo y un antónimo de autoestima, se hace una lista con estos aportes y se lo deja en un lugar visible para luego compararlos con un concepto brindado por el expositor.

Se expone el concepto de autoestima y se analiza la importancia de esta en nuestra vida y como de esta depende nuestro crecimiento personal y aportamos al crecimiento de quienes nos rodean.

Construcción y destrucción del autoestima: se entrega a cada participante un paleógrafo en el que deben dibujarse así mismo, el dibujo debe ser del tamaño del papelote y del cuerpo entero.

En el dibujo deben escribir que es lo que más le gusta de su persona, ya sea físico, emotivo, intelectual y también que es lo menos le gusta de su persona, en ambos casos explicar con pocas palabras el porqué.

Quienes gustan expondrán su trabajo.

Una vez terminado el dibujo, quienes facilitan pide al grupo se concentren en el ejercicio y hagan silencio, luego dirán en voz alta una serie de frases que destruyen el autoestima, para lo cual consideran una de las cosas que vio en el trabajo del grupo, por cada cosa que se diga, ellos y ellas deberán ir rompiendo o marcando su dibujo en las partes del cuerpo que vean afectadas. Ejm: Eres un tonto, no entiende nada, no sirves para nada. Los participantes romperán las cabezas de los dibujos hasta quienes lo facilitan crean necesario.

Una vez terminado con el dibujo, quien facilita ara un breve silencio y dirá como ha terminado su trabajo.

Ahora se hará el ejercicio a la inversa

Quien facilita empezara a decir una serie de frases que fortalecen el autoestima de los participantes y les pedirá que conformen, las escuchen y vayan formando su dibujo lo mejor que puedan.

Se les pide que miren como ha quedado su dibujo y se reflexiona a lo fácil que puede ser el acabar con el autoestima de las demás personas y lo difícil que es recuperarla una vez que esta se ha perdido o disminuido.

Se cierra el ejercicio reflexionando sobre las actitudes personales, que muchas veces nos lleva a ser violentas o groseras y a lastimar a quienes más queremos.

Proyección del Video de Nick (20 minutos)

Después de visualizar el video pediremos voluntarios entre los participantes preguntando qué les pareció el video, que fue lo que más les gusto y una opinión del mismo, posteriormente en una plenaria el facilitador deberá expresar criterios positivos del video haciendo referencia a la vida de cada uno y las fortalezas que cada uno posee.

3.- Ejercicio de cierre (20 minutos)

Dinámica de confianza

Se pide formar dos círculos con el grupo, uno dentro del otro, deberán estar entrelazados por los brazos y más juntos.

El círculo exterior debe doblar sus piernas e intentar tener una posición de silla manteniendo los lazos entrelazados, los del círculo interior deberán sentarse sobre sus compañeros, luego se cambian de lugares, los del círculo interno pasaran hacer círculo externo y viceversa.

Se reflexiona el ejercicio enfatizando la importancia de trabajar de manera colectiva y en equipo, teniendo confianza en nosotros mismos y nuestro prójimo.

4.- Evaluación (20 minutos)

1.- ¿Qué fue lo que más me gusto del taller?

2.- ¿Qué aprendí hoy?

3.- ¿Crees que es importante contar nuestros problemas y confiar en la gente que nos aprecia?

- **TALLER 3**

FORTALECIENDO LAZOS AFECTIVOS

Participantes: Niños de 8 a 10 años de edad y padres de familia de cada uno.

Objetivo:

- Facilitar estrategias a los padres de familia para un acercamiento adecuado con sus hijos
- Establecer lazos de confianza y comunicación asertiva entre padres e hijos

Recursos:

- Papelotes
- Computadora
- Proyector
- Marcadores de colores
- Caja grande
- Alfileres
- Hojas A4
- Esferos

Duración: 2 horas

1.- Ejercicio de ambientación

Baúl de los afectos (20 minutos)

Se pide a los participantes que escriban una frase de motivación, afecto, o simplemente algo que deseen expresar padres a sus hijos y viceversa poniendo el nombre de quien desea que lo reciba.

Colocamos todas las notas en el baúl, posteriormente el facilitador revolverá los papeles y cada participante deberá coger una nota y buscar su dueño.

En plenaria los participantes que deseen leer su nota y lo que sintieron al leerla.

2.- Ejercicio de análisis y reflexión (40 minutos)

Socio drama: En tus zapatos

Se explica a los participantes que vamos hacer un socio drama el cual constara en que el padre de familia y el niño, o madre de familia y la niña invertirán sus roles, se les dará un tiempo para la preparación de la historia que van a representar, deberán utilizar cosas que encuentren en el salón para realizar la vestimenta, escenarios etc, después cada grupo de padres e hijos presentaran a los demás participantes su socio drama.

Después que todos hayan participado se conversara sobre la importancia de darnos cuenta que no es fácil ponernos en el lugar de otros y por lo tanto debemos entender cada rol designado.

Se pregunta a los participantes como se sintieron los padres siendo hijos y viceversa, se les pide que expresen a que conclusiones llegaron con esta dinámica y que recomendaciones dieran.

Dinámica círculos dobles (20 minutos)

Cada padre de familia se entrega una papeleta en blanco marcadores y un alfiler. En la papeleta escribir los datos más significativos de sus vidas:- Una fecha

-Un nombre

- Una ciudad o un lugar

-Un color

-Un sentimiento a su hijo (a)

Cada uno coloca la papeleta en un lugar visible de su ropa. Forman dos círculos, entre todos, uno interno y otro externo, las personas quedarán una frente a la otra. Cada dos minutos el coordinador dará una señal, indicando que el círculo interno debe girar a la izquierda. Durante este tiempo, la pareja intercambia lo que significan los cinco aspectos que escribieron en la tarjeta. Se continúa la rotación hasta que todos los participantes expresen sus sentimientos.

3.- Ejercicio de cierre (20 minutos)

El grupo se divide por parejas. Una de las personas se venda los ojos y actúa como ciego, la otra será su lazarillo

Cuando todos estén preparados, esperando la señal del orientador, el lazarillo se desplazara por el salón guiando al ciego por unos minutos, luego invertirlos papeles.

Terminada la experiencia se hace una retroalimentación a partir de estas preguntas:

¿Cómo se sintieron interpretando al ciego?,

¿Cómo se sintieron en el papel de lazarillos?

¿En qué ocasiones los padres son ciegos y lazarillo con respecto a sus hijos?

4.- Evaluación (20 minutos)

1.- ¿Qué fue lo que más me gusto del taller?

2.- ¿Qué aprendí hoy?

3.- ¿Qué recomendaciones daría a los demás padres de familia y niños?

- **TALLER 4**

ESTABLECIENDO ALIANZAS ENTRE DOCENTES Y ESTUDIANTES

Participantes: Docentes, niños y niñas del establecimiento

Objetivo:

- Proporcionar información a los docentes la diferenciación entre los problemas emocionales y comportamentales del estudiantado.
- Facilitar estrategias al docente para un acercamiento adecuado con el estudiante
- Establecer lazos de confianza y comunicación asertiva entre docentes y estudiantes

Recursos:

- Papelotes
- Computadora
- Proyector
- Marcadores de colores

Duración: 2 horas

1.- Ejercicio de ambientación

Dinámica-Ensalada de Frutas (15 minutos)

Se pide a todos los participantes sentarse y hacer un círculo (puede haber más de 24 personas, siempre que haya espacio suficiente). Cada uno elige una fruta en voz alta. Cada vez que su fruta es nombrada tiene que cambiarse de lugar y frente a la frase “ensalada de frutas”, todos los integrantes se cambian de lugar.

En la elección de las frutas hay mucha repetición, sobre todo si son muchos los participantes, lo que hace que el movimiento sea permanente. El coordinador tendría que ir contando una historia que involucre a las distintas frutas y

continuarla hasta que el clima sea óptimo y no se haya transformado en un caos. Es muy útil la técnica cuando un grupo no tiene mucha confianza o se encuentra en un estado de inmovilidad, de audacia y temor.

Se pide a los participantes que formen un círculo y que se quiten todo lo que les estorba: reloj, chompa, bolso, etc.

2.- Identificación de problemas emocionales y comportamentales del estudiante (90 minutos)

El facilitador deberá explicar sobre los comportamientos que indiquen el ambiente escolar interfiriendo en su rendimiento escolar siendo un problema.

La mayoría de los estudiantes se comportan mal de vez en cuando pero la docencia necesita diferenciarlos ya que son parte del desarrollo normal del estudiante, algunos docentes no toleran el mal comportamiento de algunos estudiantes pero deben entender que esto no es intencional ya que pueden ser por situaciones que están atravesando en ese momento.

Los problemas tanto comportamentales como emocionales varían enormemente y en vez de criticar es mejor diferenciarlos si es un problema grave y así determinar que se puede hacer al respecto.

Estrategias de ayuda al maestro con los niños en el aula

1. Elogiar al niño frecuentemente con sinceridad; acentúa lo positivo, de una manera comprensiva, pon en tela de juicio las críticas del niño hacia sí mismo y señálale sus pensamientos negativos cuando ocurran.
2. Ayudar al niño a distinguir entre los acontecimientos que él puede controlar y los que están fuera de su alcance: ayúdalo a que comience a hablar positivamente de sí mismo.
3. Pedir al niño que escriba o hable de sus sentimientos y que anote sus pensamientos placenteros de 3 a 4 veces al día, para que éstos vayan aumentando en un período de 4 a 6 semanas.

4. Preparar una actividad interesante al día; planifica acontecimientos especiales; comenta temas agradables.
5. Cambiar las actividades que causan agitación; enseñale al niño técnicas de relajación; un masaje puede ayudar; estimula el ejercicio y la recreación.
6. Reducir las situaciones que causan ansiedad e incertidumbre; apóyalo y tranquilízalo; la planificación puede reducir la incertidumbre.
7. Rechazar la conducta destructiva de una manera amable pero firme; da validez a sus emociones y estimula al niño a expresar sus sentimientos de ira apropiadamente; no reacciones con ira; se consistente en sus respuestas a la conducta inadecuada.
8. Animar al niño a participar en juegos, actividades.

3.- Ejercicio de cierre (30 minutos)

Dinámica La vida de uno.

Cada niño deberá escribir en una hoja en un tiempo de 10 minutos, de 1 a 20 cosas que le gustaría conseguir o realizar en la vida. (No importa si uno no alcanza a colocar 20 cosas.

Se comienza el trabajo con el número de propuestas que consiguió numerar). Concluida esta parte, se colocan al lado izquierdo de cada afirmación, una de las siguientes siglas evaluadoras:

I: Importantísimo para mí, tengo que realizar esto de cualquier modo.

B: Bueno para mí, pero sin máxima urgencia.

E: Puede esperar.

En grupo, cada uno presenta su lista y éste –sin saber las siglas que cada uno colocó- determina para cada cosa una sigla que le parezca más adecuada (usa las mismas siglas I, B, E, anteriormente explicadas).

Terminada la presentación, cada uno discute con el grupo los puntos de coincidencia y los puntos de discrepancia entre sus observaciones y apreciaciones.

2.4. DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS

Adaptación Curricular: Es un tipo de estrategia educativa generalmente dirigida a alumnos con necesidades educativas especiales, que consiste en la adecuación en el currículum de un determinado nivel educativo con el objetivo de hacer que determinados objetivos o contenidos sean más accesibles a un alumno o un determinado tipo de personas o bien eliminar aquellos elementos del currículum que les sea imposible alcanzar por su discapacidad. Se trata de tener en cuenta las limitaciones del alumno a la hora de planificar la metodología, los contenidos y, sobre todo, la evaluación.

Aprendizaje: Es el proceso a través del cual se adquieren o modifican habilidades, destrezas, conocimientos, conductas o valores como resultado del estudio, la experiencia, la instrucción, el razonamiento y la observación. Este proceso puede ser analizado desde distintas perspectivas, por lo que existen distintas teorías del aprendizaje. El aprendizaje es una de las funciones mentales más importantes en humanos, animales y sistemas artificiales.

Cognoscitivo: Capacidad innata del niño para adaptarse a su ambiente y seguirá por una serie de etapas que constituyen los patrones universales del desarrollo. En cada una de estas etapas, el niño, desarrollará una forma especial de operar. Cuando el niño nace y a medida que va creciendo se irá enfrentando a diversas situaciones nuevas que asimilará, siendo el desequilibrio y el equilibrio que en cada una de estas vaya encontrando los que impulsarán el aprendizaje y su acomodación en el ambiente en el cual se desarrolla.

Depresión Anaclítica: o Síndrome de hospitalismo es un término creado por el psicoanalista René Spitz en 1945 para designar un síndrome depresivo sobrevenido en el curso del primer año de vida del niño, consecutivo al alejamiento brutal y más o menos prolongado de la madre (hasta un máximo tres meses) tras haber tenido el niño una relación normal con ella.

Depresión Enmascarada: Considera un "eje nuclear afectivo", es decir "Tristeza vital y profunda que envuelve al sujeto", hasta afectar todas las esferas de su

relación intra e interpersonal. Secundarios a este eje nuclear afectivo, pueden emerger otros estados emocionales como irritabilidad y ansiedad, que son más destacados en depresiones neuróticas y tardías.

Enseñanza: Es una actividad realizada conjuntamente mediante la interacción de cuatro elementos: uno o varios profesores o docentes o facilitadores, uno o varios alumnos o discentes, el objeto de conocimiento, y el entorno educativo o mundo educativo donde se ponen en contacto a profesores y alumnos.

Imipramina: Es un fármaco antidepresivo que se utiliza en Psiquiatría desde mediados de los años 50 del siglo XX. Su nombre comercial más conocido es Tofranil. Se incluye dentro de los llamados antidepresivos tricíclicos. Su mecanismo de acción radica en su capacidad de inhibir la recaptación de noradrenalina y serotonina, aumentando la disponibilidad de estos neurotransmisores en el sistema nervioso central, si bien, a diferencia de los antidepresivos más modernos, también tiene numerosos efectos sobre receptores de otros muchos neurotransmisores, lo que explica sus frecuentes efectos adversos.

Metabólica: Es el conjunto de reacciones bioquímicas y procesos físico-químicos que ocurren en una célula y en el organismo.¹ Estos complejos procesos interrelacionados son la base de la vida, a escala molecular, y permiten las diversas actividades de las células: crecer, reproducirse, mantener sus estructuras, responder a estímulos, etc.

Morfológico: Como morfología se denomina la rama de una disciplina que se ocupa del estudio y la descripción de las formas externas de un objeto.

Pedagogía: Es la ciencia que tiene como objeto de estudio la educación (en pocas palabras, «enseñar a los que enseñan»). Es una ciencia perteneciente al campo de las Ciencias Sociales y Humanas; tiene como fundamento principal los estudios de Kant y Herbart. Usualmente se logra apreciar, en textos académicos y documentos universitarios oficiales, la presencia ya sea de Ciencias Sociales y Humanidades, como dos campos independientes o, como aquí se trata, de ambas

en una misma categoría, que no equivale a igualdad absoluta sino a lazos de comunicación y similitud etimológica.

Proclividad: Tendencia o inclinación que tiene una persona hacia una cosa, especialmente si es negativa.

Piromanía: Es un trastorno o enfermedad psicológica del control de los impulsos, que produce un gran interés por el fuego, cómo producirlo y observarlo. La persona que padece piromanía recibe el nombre de pirómano.

Retroalimentación: Es un mecanismo por el cual una cierta proporción de la salida de un sistema se redirige a la entrada, con objeto de controlar su comportamiento

Valores: Los valores son principios que nos permiten orientar nuestro comportamiento en función de realizarnos como personas. Son creencias fundamentales que nos ayudan a preferir, apreciar y elegir unas cosas en lugar de otras, o un comportamiento en lugar de otro.

Volitivo: Proviene del latín y su traducción está directamente relacionada con el verbo “querer”. La Real Academia Española (RAE) afirma que volitivo es aquello relacionado con los actos y fenómenos de la voluntad.

2.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.5.1 HIPÓTESIS

La depresión infantil afecta el rendimiento escolar en los niños de la Escuela de Educación Básica Fiscomisional “ Dr. Gabriel García Moreno ” de Guano.

2.5.2 VARIABLES

2.5.2.1 INDEPENDIENTE

Depresión Infantil

2.5.2.2 DEPENDIENTE

Rendimiento escolar

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORIA	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
VARIABLE INDEPENDIENTE Depresión infantil	Condición afectiva de tristeza presentándose en mayor intensidad y duración siendo evidente cuando un niño posiblemente presenta dicha patología ya que varía su estado de ánimo e interés por actividades que anteriormente eran de su agrado, alterando su apetito y el sueño.(Victoria del Barrio 1997)	Condición afectiva de tristeza presentándose en mayor intensidad y duración.	No hay presencia de síntomas depresivos. Dentro de los límites normales. Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada. Presencia de síntomas depresivos marcada y severa. Presencia de síntomas depresivos en grado máximo.	Reactivo Psicológico Inventario de Depresión Infantil Kovacs
VARIABLE DEPENDIENTE Rendimiento escolar	Manifestación de conocimientos aprendidos y asimilados, evaluados por calificaciones obtenidas de pruebas escritas y orales, asociado también a la inteligencia. (Chávez, 1995)	Conocimientos aprendidos, asimilados y evaluados por pruebas escritas y orales	Supera los aprendizajes requeridos (10) Domina los aprendizajes requeridos (9) Alcanza los aprendizajes requeridos (7-8) Está próximo a alcanzar los aprendizajes requeridos (5-6) No alcanza los aprendizajes requeridos (menos de 4).	Observación Ficha de Registro académico

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Método de investigación

- 1. Científico.-** Este método permitió realizar correctamente el planteamiento del problema, descomponiéndolo en sus partes para analizar la factibilidad, solución y delimitarlo; elegir y someter a prueba los diferentes instrumentos de trabajo que se utilizaron en la investigación, así como para analizar e interpretar los datos recolectados y encontrar la validez de los resultados obtenidos
- 2. Deductivo.-** Porque ha permitido estudiar la problemática de manera general para alcanzar conclusiones particulares.
- 3. Inductivo.-** Porque ha permitido estudiar al problema de manera particular para llegar a alcanzar conclusiones generales.
- 4. Psicométrico.-** Este método ayudo medición cuantitativa de las variables lo que facilito la tabulación de resultados.
- 5. Analítico.-** Permitió un estudio minucioso de cada una de las variables para así relacionarlas y poder comprobar la hipótesis y cumplir con los objetivos planteados.

3.1.1. Tipo de investigación.

Descriptiva.- Se utilizó este tipo de investigación porque no se manipula ninguna variable, se limita a observar y describir los fenómenos. Se incluyen dentro de la investigación descriptiva a los estudios de desarrollo, estudios de casos, aplicación del reactivo psicológico, observación del registro académico. En este caso se determinara los efectos de la depresión infantil en el rendimiento escolar de los niños de la escuela de Educación de Educación Básica Fiscomisional “Dr. Gabriel García Moreno” de Guano.

3.1.2. Diseño de investigación:

De campo.- La investigación de este proyecto se realizó en la Escuela de Educación Básica Fiscomisional "Dr. Gabriel García Moreno" donde asisten los estudiantes con este posible problema.

3.1.3. Tipo de estudio:

Transversal.- Porque se lo realiza en un tiempo determinado período Mayo-Octubre 2014.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 POBLACIÓN

La población de esta investigación es de 95 estudiantes matriculados en la Escuela de Educación Básica " Dr. Gabriel García Moreno" de Guano.

3.2.2. MUESTRA

La muestra de esta investigación es de 50 estudiantes presentan depresión infantil, según el Inventario de depresión infantil de Kovacs aplicado a los estudiantes donde se utilizó criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión:

- Niños que presentan sintomatología depresiva.
- Niños que estén legalmente matriculados en la Institución.
- Niños que quieren formar parte de la investigación.

Criterios de Exclusión:

- Niños que no presentan sintomatología depresiva,
- Niños que no están legalmente matriculados en la Institución.
- Niños que no desean forman parte de la investigación.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÈCNICA:

- **Observación** - Mediante esta técnica se consiguió evidenciar el rendimiento escolar de los estudiantes que presentaron la sintomatología depresiva y así poder relacionar entre estas las dos variables a estudiar.
- **Reactivo Psicológico.**- Esta técnica ayudo a la presente investigación a identificar la presencia de depresión infantil de los niños de la Institución

INSTRUMENTO:

- **Ficha de registro académico:** Se analizó los registros de calificaciones de los exámenes del tercer parcial de los estudiantes que presentan depresión infantil el cual nos proporcionó datos sobre el rendimiento escolar de los niños investigados.
- **Test de M. Kovacs:** “Children’s Depression Inventory” -CDI-, (Inventario de Depresión Infantil), diseñado originalmente por Kovacs (1992) en Estados Unidos, en la versión adaptada a la población española por del V. del Barrio y M. A. Carrasco (1999). Consta de 27 preguntas, aplicación es individual o colectiva con un tiempo de entre 10 y 25 minutos, para edades de 7 a 15, con valoraciones:

No hay presencia de síntomas depresivos, Dentro de los límites normales, Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada, Presencia de síntomas depresivos marcada y severa, Presencia de síntomas depresivos en grado máximo.

3.4. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

Luego de haber realizado la recolección de información de nuestra investigación:

Para el procedimiento e interpretación de datos utilizamos:

3.4.1. Técnicas estadísticas.

Se utilizó el programa MICROSOFT EXEL con el cual se definirán los datos en tablas estadísticas que serán representados en gráficos estadísticos tales como barras, para una mejor comprensión y representación de la información obtenida en la investigación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE
RESULTADOS

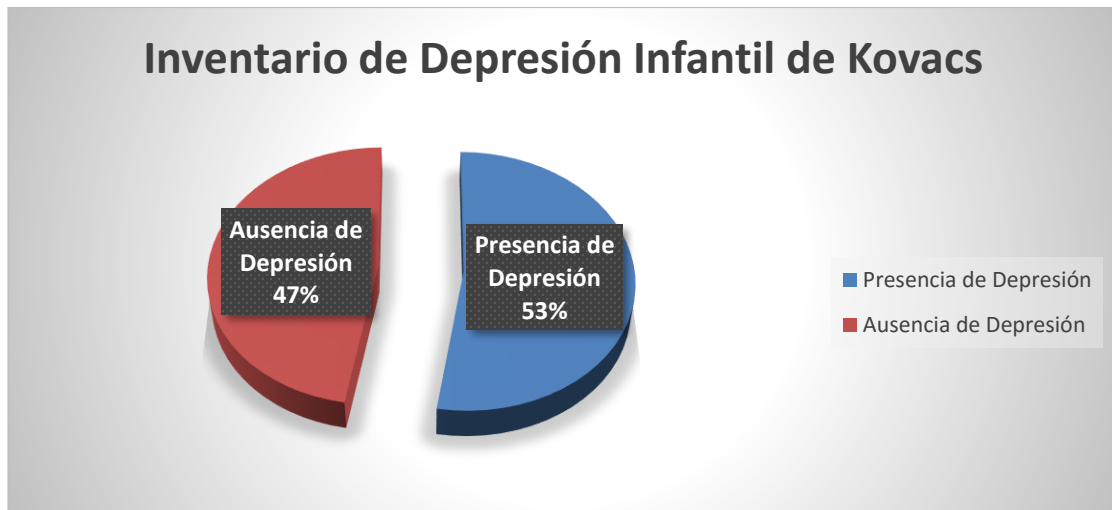
4.1. INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL DE KOVACS A LOS NIÑOS DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA FISCOMISIONAL “DR. GABRIEL GARCÍA MORENO”.

Tabla No. 01
Inventario De Depresión Infantil De Kovacs

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Presencia de Depresión	50	53%
Ausencia de Depresión	45	47%
TOTAL	95	100%

Fuente: Inventario de Depresión Infantil de Kovacs
Elaborado por: Jesica Sánchez, Priscila Lara.

Gráfico No. 01



Fuente: Inventario de Depresión Infantil de Kovacs
Elaborado por: Jesica Sánchez, Priscila Lara.

Análisis.-

De los 95 niños que corresponde al 100% de la población; después de la aplicación del el Inventario de Depresión, se evidencia que 45 niños, que equivale el 47% tiene ausencia de Depresión, mientras que 50 estudiantes que representa el 53% si presenta Depresión.

Interpretación.-

Mediante la aplicación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs se evidencia en el estudiantado de la institución que más de la mitad de la población estipulada para este estudio muestra presencia de Depresión.

En algunas ocasiones estas sintomatologías que pueden presentar los niños pasan por inadvertidas, es decir que no llaman la atención de los padres, pues hay que tomar en consideración que los síntomas depresivos en los niños no son iguales a las de los adultos, por lo que hay que tomar muy en cuenta los signos y síntomas que pueden presentar; los cuales son preocupantes debido al alto porcentaje de niños deprimidos que al no ser tratados a tiempo pueden causar grandes perjuicios a los infantes, debido a que esto no solamente afecta al rendimiento escolar sino también al desarrollo normal del niño.

4.2. ANÁLISIS DE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN SEGÚN EL INVENTARIO DE KOVACS

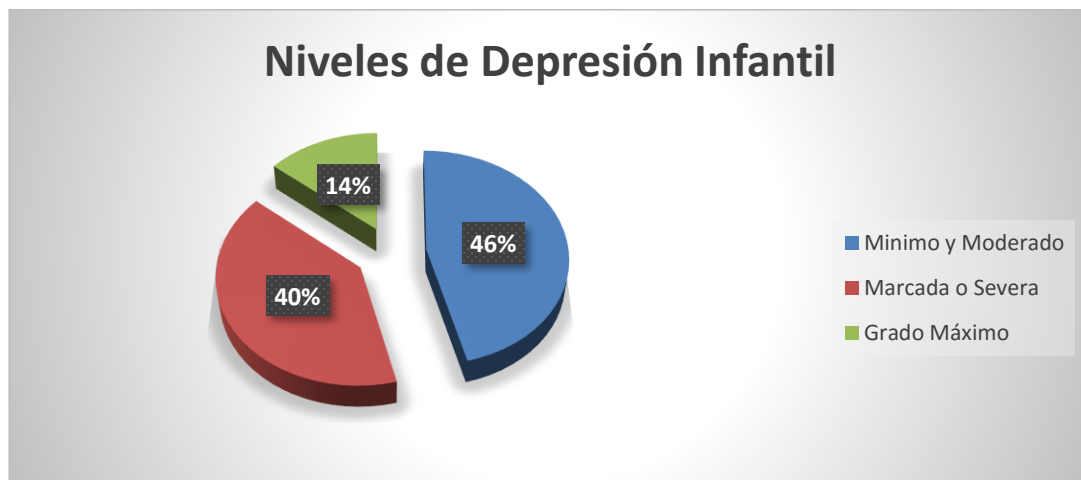
Tabla No. 02
Niveles de Depresión Infantil

INDICADORES DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mínimo y Moderado	23	46%
Marcada o Severa	20	40%
Grado Máximo	7	14%
TOTAL	50	100%

Fuente: Inventario de Depresión Infantil de Kovacs

Elaborado por: Jesica Sánchez, Priscila Lara.

Gráfico No. 02



Fuente: Inventario de Depresión Infantil de Kovacs

Elaborado por: Jesica Sánchez, Priscila Lara.

Análisis.-

De los 50 niños, que corresponde el 100% que presentan sintomatología depresiva, se muestran resultados de 23 niños que equivale al 46% con presencia de sintomatología depresiva mínima y moderada, 20 niños que equivale al 40% presentan sintomatología marcada o severa, y 7 niños que equivale al 14% presentan sintomatología en grado máximo.

Interpretación.-

De acuerdo a los resultados obtenidos con la aplicación del Inventario de Kovacs para establecer los niveles de Depresión Infantil, se puede conocer que los niños en un porcentaje mayor presentan sintomatología depresiva mínima y moderada pero las cifras van cercanos con las de sintomatología marcada o severa, en cuanto a la sintomatología en grado máximo no es un porcentaje alto, pero no deja de ser preocupante ya que estos niños han tenido pensamientos suicidas, incluso en algunos de estos intentos auto líticos lo que ventajosamente se presenta en un reducido porcentaje, pero que no hay como desestimarlos ya que se encuentra presente.

De lo expuesto se deduce que los niños presentan signos y síntomas de tristeza, irritabilidad, baja autoestima, pensamientos suicidas, llanto fácil, etc, en mayor intensidad y duración lo que configura la sintomatología de la Depresión Infantil.

4.3. ANÁLISIS DE CALIFICACIONES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA FISCOMISIONAL “DR. GABRIEL GARCÍA MORENO”.

Tabla No. 03

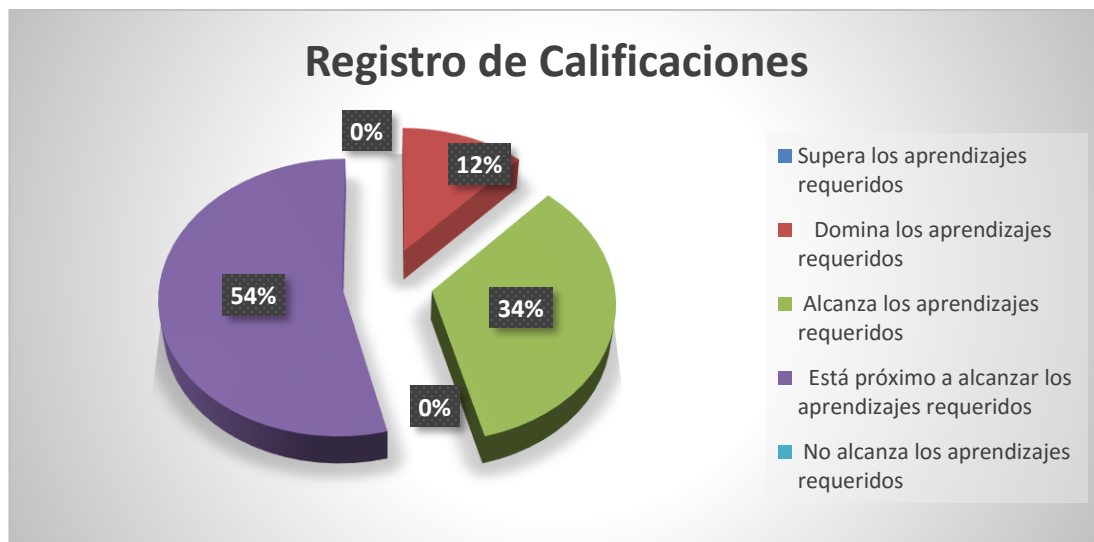
Registro de Calificaciones

INDICADORES RENDIMIENTO ESCOLAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Supera los aprendizajes requeridos	0	0%
Domina los aprendizajes requeridos	6	12%
Alcanza los aprendizajes requeridos	17	34%
Está próximo a alcanzar los aprendizajes requeridos	27	54%
No alcanza los aprendizajes requeridos	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Registro de Calificaciones

Elaborado por: Jesica Sánchez, Priscila Lara

Gráfico No. 03



Fuente: Registro de Calificaciones

Elaborado por: Jesica Sánchez, Priscila Lara

Análisis.-

De 50 niños, que corresponde al 100%, mediante la revisión de registros académicos muestran que 27 niños que representa un 54% presentan un rendimiento escolar próximo alcanzar los aprendizajes requeridos, 17 estudiantes que representan el 34% alcanza los aprendizajes requeridos, mientras que 6 niños que corresponde el 12% domina los aprendizajes requeridos, mientras que el 0% superan los aprendizajes requeridos y no alcanzan los aprendizajes requeridos.

Interpretación.-

De acuerdo al cuadro de resultados en lo que se refiere a las calificaciones de los estudiantes, se establece que los resultados concuerdan con lo que se ha venido analizando e interpretando en los cuadros de resultados de la ficha de observación, ya que del total de alumnos Depresivos que son 50, el 54% correspondiente a 27 niños obtienen un rendimiento escolar están próximos a alcanzar los aprendizajes requeridos, lo cual asevera lo indicado que su bajo rendimiento se debe a que presentan un estado depresivo que no les permite identificarse y actuar en forma autónoma, les impide desarrollarse físicamente en el proceso de aprendizaje, así como también interrelacionarse con los demás, bloquean su capacidad de desarrollar su esfera lógico matemática, su mundo social y natural, limitan su desarrollo de expresión corporal y lúdica, lo cual les impide el cultivo de la expresión oral, escrita y musical; de igual manera presentan dificultades en la expresión plástica, aspectos que se insertan dentro de las características de un niño con Depresión Infantil y que disminuyen el rendimiento escolar de los alumnos.

4.4. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN INFANTIL Y RENDIMIENTO ESCOLAR.

Tabla No. 04

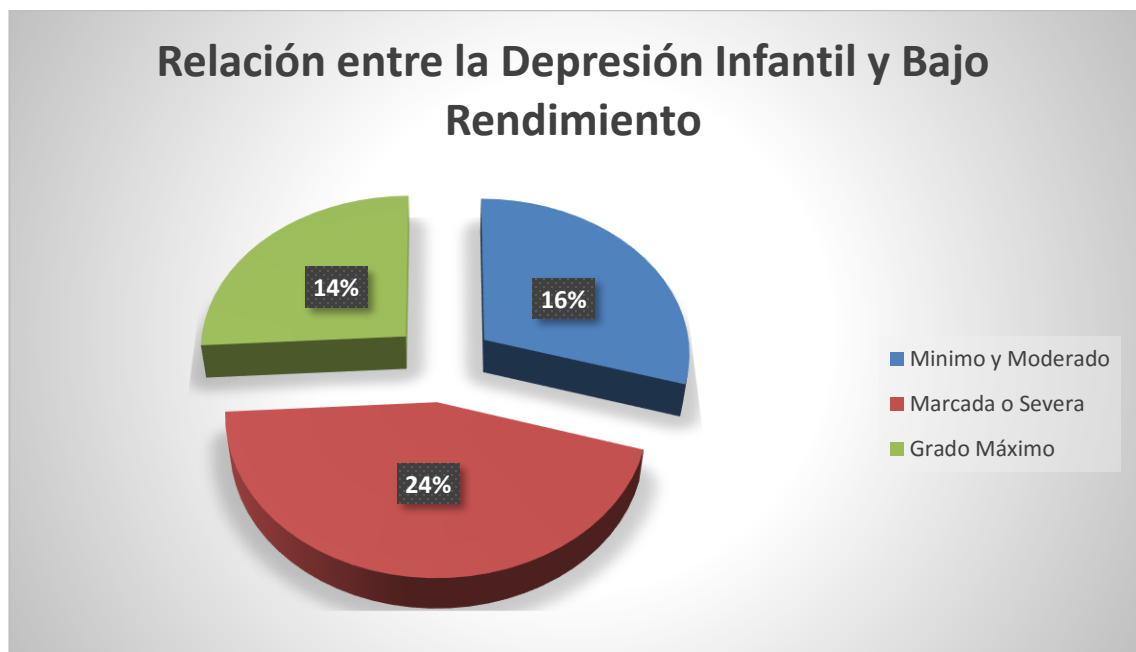
Relación entre Depresión Infantil y Bajo rendimiento escolar.

INDICADORES DEPRESIÓN	BAJO RENDIMIENTO	PORCENTAJE
Mínimo y Moderado	8	16%
Marcada o Severa	12	24%
Grado Máximo	7	14%
TOTAL	27	54%

Fuente: Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, Registro de Calificaciones

Elaborado por: Jesica Sánchez, Priscila Lara.

Gráfico No. 04



Fuente: Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, Registro de Calificaciones.

Elaborado por: Jesica Sánchez, Priscila Lara.

Análisis.-

De 50 niños que representan el 100% encontramos que, 8 niños equivalente al 16% que presentan sintomatología depresiva mínima y moderada y reflejan bajas calificaciones, 12 niños equivalente al 24% con presencia de sintomatología depresiva marcada o severa y rendimiento escolar bajo y 7 niños equivalente al 14% que presentan síntoma en grado máximo y mantienen bajas calificaciones

Interpretación.-

Después de relacionar los niveles de sintomatología depresiva y las calificaciones de los alumnos se evidencia que el mayor porcentaje mantienen los niños que presentan sintomatología depresiva mínima y moderada y baja calificaciones, pero un dato muy importante es que en cuanto a los niños con sintomatología depresiva en grado máximo todos presentan bajas calificaciones.

Considerando a la Depresión como el estado psíquico caracterizado por la inaccesibilidad del individuo a la estimulación general, a producir iniciativa baja, desánimo y pensamiento negativos, es lógico que en los alumnos que presentan Depresión, esta dificultad esté presente sea de manera permanente o esporádica, por lo que es necesario conocer tal falencia que redunde en un rendimiento bajo en el alumno, ya que este estado limita la concentración y memorización haciendo que los niños comienzan a presentar dificultades para un óptimo desarrollo en el ámbito escolar.

Tabla No. 05

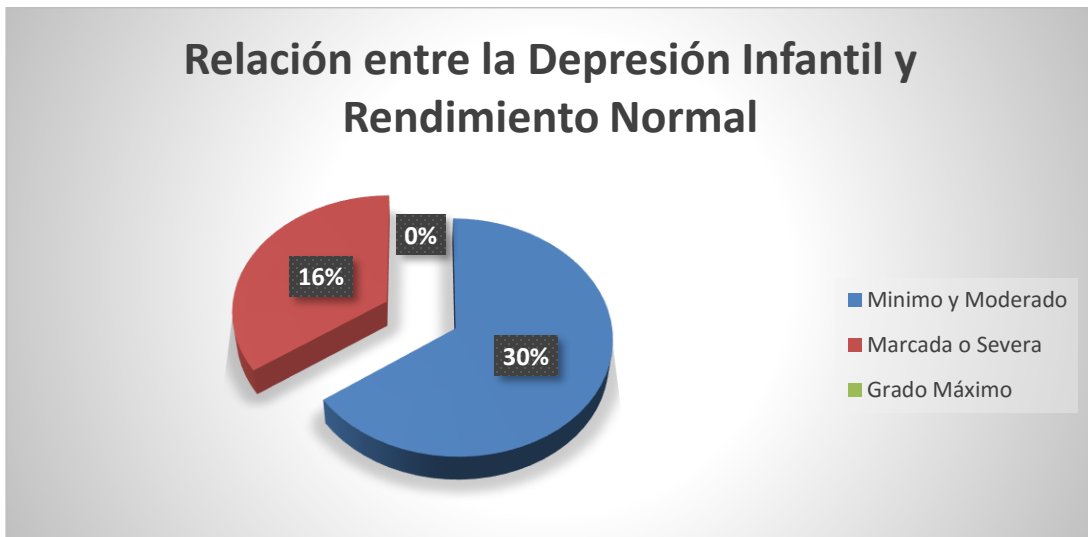
Relación entre Depresión Infantil y Rendimiento normal.

INDICADORES DEPRESIÓN	RENDIMIENTO NORMAL	PORCENTAJE
Mínimo y Moderado	15	30%
Marcada o Severa	8	16%
Grado Máximo	0	0%
TOTAL	23	46%

Fuente: Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, Registro de Calificaciones

Elaborado por: Jesica Sánchez, Priscila Lara.

Gráfico No. 05



Fuente: Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, Registro de Calificaciones

Elaborado por: Jesica Sánchez, Priscila Lara.

Análisis.-

De 50 niños que representan el 100% encontramos que, 15 niños equivalente al 16% que presentan sintomatología depresiva mínima y moderada y reflejan buenas calificaciones, 8 niños equivalente al 24% con presencia de sintomatología depresiva marcada o severa y rendimiento escolar bueno y ningún niño en cuanto a sintomatología depresiva en grado máximo.

Interpretación.-

Después de relacionar los niveles de sintomatología depresiva con el buen rendimiento escolar se evidencia que el mayor porcentaje mantienen los niños que presentan sintomatología depresiva mínima y moderada presentando buenas calificaciones, pero un dato muy importante es que en cuanto a los niños con sintomatología depresiva en grado máximo no se evidencio estudiantes que reflejen buenas calificaciones.

De lo encontrado después del análisis de los resultados para esta investigación se puede decir que en algunos estudiantes el presentar Depresión no ha sido un impedimento para tener buenas calificaciones se asume que sería porque el niño está canalizando esta Depresión en el estudio por lo tanto va a tener buenas calificaciones.

4.4. Comprobación de la Hipótesis

Después de realizar la tabulación, análisis e interpretación de los resultados obtenidos de la aplicación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs y la revisión de los registros académicos correspondientes al promedio de los exámenes del tercer parcial del año lectivo 2013-2014 de los niños de la Escuela de Educación Básica Fiscomisional “Dr. Gabriel García Moreno”, se recabó y se comparó la información la misma que permitió evidenciar que existe Depresión Infantil, siendo esta una de las causas que más afecta en el bajo rendimiento escolar; es así que los resultados muestran que de los 95 niños evaluados que corresponde al 100%, solo 50 de ellos que representa el 53% tienen Depresión en distintos niveles; así de los 50 niños Depresivos que para el análisis es el 100%, el 46% con sintomatología depresiva mínimo y moderado, el 40% con sintomatología marcada o severa, el 14% con sintomatología depresiva en grado máximo, en cuanto al rendimiento escolar de los niños con Depresión se obtuvo como resultado que el 54% de ellos están próximos a alcanzar los aprendizajes requeridos, es decir que su rendimiento escolar en puntuación es de 5-6 sobre 10. Con los antecedentes mencionados podemos concluir que existe Depresión en los niños de la Institución y esta afecta sustancialmente en su rendimiento escolar, lo que comprueba el planteamiento hipotético objeto de este estudio.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- 1.** De acuerdo a los resultados obtenidos en la aplicación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs muestran que existe el 53% de niños con depresión y el 47% presenta una ausencia de sintomatología depresiva.
- 2.** En cuanto a los porcentajes alcanzados en los registros de calificaciones revelan un resultado de las valoraciones cuantitativas existiendo un 12% que domina los aprendizajes requeridos, el 34% de estudiantes que alcanzan los aprendizajes requeridos, 54% está próximo alcanzar los aprendizajes requeridos.
- 3.** Se ejecutó una relación entre Depresión Infantil y rendimiento escolar donde se obtuvo resultados de un 26% de niños con bajas calificaciones y depresión mínima y moderada el 48% de niños con bajas calificaciones y depresión marcada o severa y por último el 26% de niños con bajas calificaciones y depresión marcada o severa.
- 4.** Se realizó un plan de intervención psicoeducativa mediante talleres para la institución que servirá para sensibilizar a las autoridades, docentes, y padres de familia acerca del tema de depresión infantil y su afectación en el rendimiento escolar, por otra parte ayudara a una prevención de este trastorno en los niños.

RECOMENDACIONES

- 1.** Se sugiere implementar en la institución un profesional capacitado para que dé seguimiento a cada uno de los niños de la institución para así ejecutar el plan de talleres psicoeducativos propuesto en esta investigación para brindar a los estudiantes una estabilidad emocional y su mejoramiento en su desempeño escolar, familiar y social.
- 2.** El personal docente debería aplicar estrategias que motiven y estimulen a los niños en las aulas para obtener un ambiente de confianza y apropiado en donde puedan tener un desarrollo óptimo en su rendimiento escolar.
- 3.** A los padres de familia se les sugiere tener una comunicación asertiva y comprensiva con sus hijos para fortalecer vínculos de confianza y afectivos que ayudara al niño a sentirse escuchado, querido y comprendido.
- 4.** Se recomienda a investigadores o autores tomar más en cuenta a esta patología que se está presentando en la actualidad en los niños con más frecuencia e intensidad para que estudien a fondo y se pueda detener la prevalencia de estos síntomas en las futuras generaciones, como también se invita a prestar atención a los niños que presentan depresión pero no tienen problemas en su rendimiento escolar para estudiar otras posibles causas de que está originando este problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.** DEL BARRIO Victoria; Trastorno de la Psicopatología del niño y del adolescente; Madrid; Año 2005.
- 2.** DEL BARRIO Victoria; Depresión Infantil, Ed. Ariel, Barcelona; Año 1997.
- 3.** DEL BARRIO Victoria; La Depresión Infantil factores de riesgo y posibles soluciones; Ed. Aljibe; Archidona; Málaga; Año 2000.
- 4.** Consejo nacional de educación. Ministerio de educación y cultura. Unidad ejecutora. Programa de mejoramiento de la calidad de la educación. Propuesta consensuada de reforma curricular para la educación básica ecuatoriana. Año 2014.
- 5.** CUEVA, M. y TEVA; Evaluación y tratamiento de la depresión infantil; Edición Manual de psicología clínica infantil; Madrid; Año 2006.
- 6.** JIMÉNEZ, M; Depresión infantil Aspectos clínicos; En Jiménez; Granada; Año 1995.
- 7.** GONZÁLES, F., & MITJANS; La personalidad, Su educación y desarrollo; Editorial Pueblo y Educación; La Habana; Año1989
- 8.** LANG y TISHER; Aportaciones y contraindicaciones de la Psicología de la atribución en la explicación de las depresiones infantiles; Editorial Morata; Madrid; Año 1983.
- 9.** MATTOS Luis Alves; Libro Compendio de didáctico general; Editorial Kapelusz; Buenos Aires; Año 1974.
- 10.** POLISCHUK P; La Depresión y su Tratamiento; Ediciones Clie; Barcelona; Año 1992.
- 11.** KOVACS, M; Inventario de depresión infantil (CDI); Ediciones TEA; Madrid; Año 2004.
- 12.** National Institute of Mental Health Advisory Council Workgroup Report: Blueprint for Change: Research on Child and Adolescent Mental Health. Bethesda, Maryland, National Institute of Mental Health, 2001

13. American Psychiatric Association; Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR); Barcelona; 2002
14. CHÁVEZ, J; Manual de psicología para educadores; Lima; Año 1995.
15. Ministerio de Educación; Instructivo para la aplicación de la evaluación estudiantil; Año 2013.
16. REICE - Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación 2003.
17. Dr. Romeu Asociadas Gabinete médico y psicológico Editorial Internet; Depresión en la infancia y en la adolescencia; [http://www. file:///H:/Depresion adolescencDrRomeuasociadas.htm](http://www.file:///H:/Depresion%20adolescencDrRomeuasociadas.htm). pdf
18. FIGUERAS; Multimétodo y multi-informante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes; Departament de Personality; Barcelona España 2006 PDF.
19. HERNÁNDEZ Eduardo; Editorial Internet; La Depresión infantil; <http://www.psicologoinfantil.com/articulodepresion.htm> PDF.
20. Prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión infantil en niños/as de treinta y tres escuelas rurales; Cuenca; Año 2011; <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream//MED140.PDF>
21. La depresión infantil en la población escolar; Editorial Internet; de la isla de Lanzarote; Año 2014; <http://www.datosdelanzarote.com/uploadsPDF>.
22. SANCHEZ Cárdenas Raquel; Relevancia y factores de Riesgo Asociados a Depresión Infantil; Cuenca; Año 2012 <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/PDF>
23. NUÑEZ, M; Depresión infantil; el rol de la familia; Editorial Internet; ; Año 2000; [http://www.:/Depresion infantil.htm#.VDH7sxavSUK.PDF](http://www.:/Depresion%20infantil.htm#.VDH7sxavSUK.PDF).

ANEXOS

ANEXO 1

CDI: INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL

El Inventario CDI (Children's Depression Inventory) o Inventario de Depresión Infantil, de M. Kovacs, es uno de los instrumentos más utilizados y mejor aceptados por todos los expertos en depresión infantil, ya que ha demostrado un comportamiento muy sólido desde el punto de vista psicométrico y gran utilidad para los fines clínicos.

Consta de 27 ítems, cada uno de ellos enunciado en tres frases que recogen la distinta intensidad o frecuencia de su presencia en el niño o adolescente, por lo que a efectos de duración es como si la prueba tuviese 81 elementos. El contenido de los ítems cubre la mayor parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión infantil.

Su objetivo es evaluar los síntomas depresivos en niños y adolescentes, y su facilidad de lectura permite la aplicación a partir de los 7 años (y hasta los 15 años)

El CDI puede administrarse de manera individual o colectiva, oscilando el tiempo de aplicación entre 10 y 25 minutos, en función de la habilidad lectora del niño.

Estos son los 27 ítems de la prueba, en los que el niño tiene que elegir una de entre tres opciones, aunque también puede ser contestado por adultos de referencia (padres y maestros del niño):

1-De vez en cuando estoy triste.

Muchas veces estoy triste.

Siempre estoy triste.

2-Nunca me va a salir nada bien.

No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien.

Las cosas me van a salir bien.

3-La mayoría de las cosas las hago bien.

Muchas cosas las hago mal.

Todo lo hago mal.

4-Muchas cosas me divierten.

Algunas cosas me divierten.

Nada me divierte.

5-Siempre soy malo o mala.

Muchas veces soy malo o mala.

Algunas veces soy malo o mala.

6-A veces pienso que me puedan pasar cosas malas.

Me preocupa que pasen cosas malas.

Estoy seguro de que me pasarán cosas muy malas.

7-Me odio.

No me gusta como soy.

Me gusta como soy.

8-Todas las cosas malas son por mi culpa.

Muchas cosas malas son por mi culpa.

Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas.

9-No pienso en matarme.

Pienso en matarme pero no lo haría.

Quiero matarme.

10-Todos los días tengo ganas de llorar.

Muchos días tengo ganas de llorar.

De vez en cuando tengo ganas de llorar.

11-Siempre me preocupan las cosas.

Muchas veces me preocupan las cosas.

De vez en cuando me preocupan las cosas.

12-Me gusta estar con la gente.

Muchas veces no me gusta estar con la gente.

Nunca me gusta estar con la gente.

13-No puedo decidirme.

Me cuesta decidirme.

Me decido fácilmente.

14- Soy simpático o simpática.

Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan.

Soy feo o fea.

15-Siempre me cuesta hacer las tareas.

Muchas veces me cuesta hacer las tareas.

No me cuesta hacer las tareas.

16-Todas las noches me cuesta dormir.

Muchas veces me cuesta dormir.

Duermo muy bien.

17-De vez en cuando estoy cansado o cansada.

Muchos días estoy cansado o cansada.

Siempre estoy cansado o cansada.

18- La mayoría de los días no tengo ganas de comer.

Muchos días no tengo ganas de comer.

Como muy bien.

19- No me preocupan el dolor ni la enfermedad.

Muchas veces me preocupan el dolor y la enfermedad.

Siempre me preocupan el dolor y la enfermedad.

20-Nunca me siento solo o sola.

Muchas veces me siento solo o sola.

Siempre me siento solo o sola.

21-Nunca me divierto en el colegio.

Sólo a veces me divierto en el colegio.

Muchas veces me divierto en el colegio.

22-Tengo muchos amigos.

Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.

No tengo amigos.

23-Mi trabajo en el colegio es bueno.

Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.

Llevo muy mal los cursos que antes llevaba muy bien.

24-Nunca podré ser tan bueno como otros niños.

Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños.

Soy tan bueno como otros niños.

25-Nadie me quiere.

No estoy seguro de que alguien me quiera.

Estoy seguro de que alguien me quiere.

26-Generalmente hago lo que me dicen.

Muchas veces no hago lo que me dicen.

Nunca hago lo que me dicen.

27-Me llevo bien con la gente.

Muchas veces me peleo.

Siempre me peleo.

Corrección:

Las puntuaciones directas se obtienen sumando las respuestas marcadas por el sujeto de acuerdo a estas puntuaciones:

La ausencia del síntoma (respuesta A) se puntúa 0, la presencia en una forma leve (respuesta B) se puntúa 1 y la presencia en una forma grave (respuesta C) se puntúa 2, por lo que la puntuación total puede oscilar entre 0 y 54 puntos.

Valoración:

Estas son las categorías diagnósticas de acuerdo a los percentiles:

PERCENTIL CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS

1-25 No hay presencia de síntomas depresivos. Dentro de los límites normales.

26-74 Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada.

75-89 Presencia de síntomas depresivos marcada o severa.

90-99 Presencia de síntomas depresivos en grado máximo.

ANEXO 2


ESTUDIANTE		AÑO DE BÁSICA					
No.	Materia	Tareas	Activ. Indiv.	Activ. Grupal	Lecc.	Prueba	Prom.
1	Lengua y Literatura						
2	Matemáticas						
3	Estudios Sociales						
4	Ciencias Naturales						
5	Computación						
6	Educación Física						
7	Educación Musical y Educación Estética						
PROMEDIO FINAL:							
8	Formación Cristiana y Valores						

Conducta: _____ Clubes: _____

CUADRO DE EQUIVALENCIAS DE PUNTAJES:

10 Supera los aprendizajes requeridos	7 - 8 Alcanza los aprendizajes requeridos
9 Domina los aprendizajes requeridos	5 - 6 Está Próximo a alcanzar los aprendizajes requeridos
	< ó = 4 No alcanza los aprendizajes requeridos

P. Pedro Torres
DIRECTOR



Sra. Gloria López
SECRETARIA

DOCENTE

ANEXO 3

TALLERES PSICOEDUCATIVOS

Los talleres psicoeducativos son espacios de reflexión y aprendizaje que tienen como principal objetivo de proporcionar herramientas útiles en los docentes y padres de familia, en diversas esferas del desarrollo humano.

En la presente investigación se pone en conocimiento sobre los talleres que deberán realizarse:

FECHA	TALLER	OBJETIVO	TIEMPO	PARTICIPANTES
06-01-2015	Conociendo sobre la Depresión Infantil	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre el problema suscitado en la institución • Reconocer la importancia de la Depresión Infantil • Sensibilizar sobre la existencia de la Depresión Infantil. 	2 Horas	Docentes y padres de familia
07-01-2015	Autoestima y valoración de los otros.	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer la importancia de la autoestima en el desarrollo de los seres humanos y del individual como tal • Establecer una valoración de si mismo para la disminución de los síntomas depresivos. • Contar con destrezas para fortalecer su propia autoestima y de los demás 	2 horas	Estudiantes de la Institución.
08-01-2015	Fortaleciendo lazos afectivos	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar estrategias a los padres de familia para un acercamiento adecuado con sus hijos. • Establecer lazos de confianza y comunicación asertiva entre padres e hijos. 	2 horas	Niños(as) y padres de la familia
09-01-2015	Estableciendo alianzas entre docentes y estudiantes	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información a los docentes la diferenciación entre los problemas emocionales y comportamentales del estudiantado. 	2 horas	Niños(as) y docentes.

