UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
07/04/16
BIBLIOTECA CENTRAL
U N U

TESIS

"DEPRESIÓN Y BAJO RENDIMIENTO ACADÉMICO EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI, TRIENIO 2013 - 2015

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

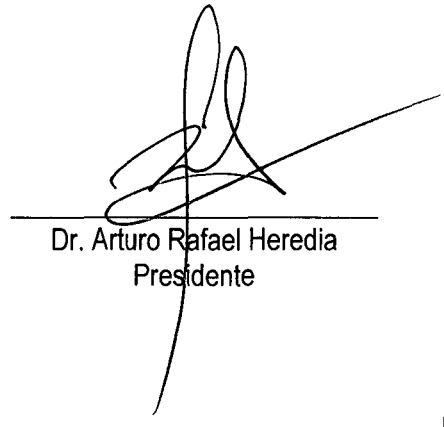
PRESENTADO POR LOS BACHILLERES:

CAMPOS PEZO EDGARDO HUSSEIN

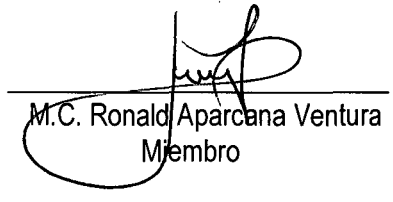
PÉREZ ESPINOZA GIAN ALBERTO

PUCALLPA – PERÚ
2016

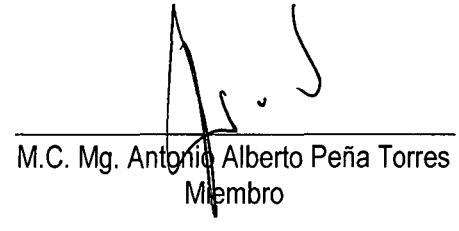
ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI:



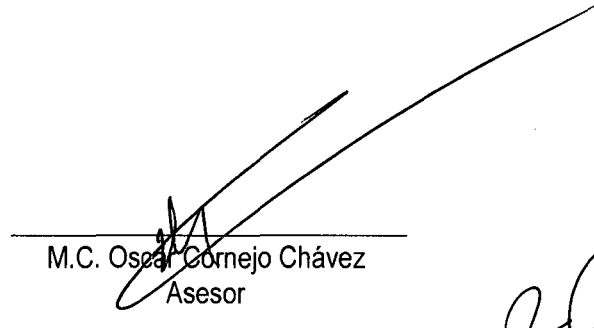
Dr. Arturo Rafael Heredia
Presidente



M.C. Ronald Aparcana Ventura
Miembro



M.C. Mg. Antonio Alberto Peña Torres
Miembro



M.C. Oscar Cornejo Chávez
Asesor



Bach. Edgardo Hussein Campos Pezo
Tesista



Bach. Gian Alberto Pérez Espinoza
Tesista

PORTADA

1.1 TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación de la depresión con el nivel de rendimiento académico, en estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015?

1.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN

Ciencias Clínicas

1.3 AUTORES

Edgardo Hussein Campos Pezo

Bachiller en Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali.

Gian Alberto Pérez Espinoza

Bachiller en Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali.

1.4 ASESOR

M.C. Oscar Cornejo Chávez.

Docente de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali.

1.5 INSTITUCIONES Y PERSONAS COLABORADORAS

Universidad Nacional de Ucayali

Facultad de Medicina Humana

Crear un clima de encuentro humano cálido en nuestras aulas es imprescindible para lograr el aprendizaje de los alumnos, es difícil, se requiere vocación y constancia.

José María Arguedas
Maestro y Novelista Peruano

DEDICATORIA

A mis Padres, a mi hijo Matthew, ya que ellos son el motor de mi vida y en especial mención a la señora Lilia Rojas ya que siempre estuvo a mi lado aconsejándome y dándome siempre su apoyo.

Edgardo Hussein.

A mis padres Carlos y Florencia, quiénes además de darme la vida han sido un ejemplo de esfuerzo, trabajo y esperanza sobre el cual he guiado mi vida.

A mis hermanos Kelly, Lizbeth y Carlos por su apoyo incondicional.

A mis hijos Favio y Grecco por ser motivo de superación.

A mis amigos por motivarme a seguir adelante.

Gian Alberto.

AGRADECIMIENTO

El presente proyecto se llevó a cabo gracias al apoyo incondicional de nuestros padres que nos dieron la vida y quienes siempre nos apoyaron, alentaron y llenaron de fortaleza y perseverancia para la culminación de la tesis.

Un agradecimiento en especial a nuestro Asesor Dr. Oscar Cornejo Chávez por habernos apoyado en la elaboración de nuestro proyecto de tesis quien sin sus conocimientos del tema no hubiéramos culminado exitosamente la tesis.

Gracias también a todas las personas que siempre están ahí para nosotros y nos apoyan incondicionalmente en especial a la Sra. Lilia Rojas De Daza.

ÍNDICE

	Pág.
PORTADA	iii
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv
CAPÍTULO I: PROBLEMA	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivo: General y específicos	3
1.4 Justificación	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Bases teóricas	10
2.3 Hipótesis	38
2.4 Variables de estudio	38

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 39

3.1 Ámbito de estudio 39

3.2 Tipo de investigación 39

3.3 Nivel de investigación 39

3.4 Método de investigación 40

3.5 Diseño de investigación 40

3.6 Población, muestra y muestreo 41

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos 42

3.8 Procedimiento de recolección de datos 42

3.9 Técnicas de procesamiento de recolección de datos 43

CAPÍTULO IV: RESULTADOS 44

4.1 Presentación de resultados 44

4.2 Discusión 60

CONCLUSIONES 62

RECOMENDACIONES 64

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA 65

ANEXOS 71

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

CARACTERÍSTICAS GENERALES: Sobre el problema descriptivo

Tabla 1. Sobre la edad de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, Trienio 2013 - 2015 44

Tabla 2. Sobre el ciclo de estudios de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, Trienio 2013 - 2015 45

Tabla 3. Sobre el nivel socieconomico de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, Trienio 2013 - 2015 46

Tabla 4. Sobre la depresión de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, Trienio 2013 - 2015 47

Tabla 5. Sobre el nivel de conocimiento de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, Trienio 2013 - 2015 48

Tabla 6. Sobre el sexo de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, Trienio 2013 - 2015 49

PRUEBA DE HIPÓTESIS PRINCIPAL

DEPRESIÓN * RENDIMIENTO ACADÉMICO

Tabla 1. Sobre la depresión y nivel de rendimiento académico de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, Trienio 2013 - 2015 50

Tabla 2. Estadístico Tau B de Kendall. 51

PRUEBA HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

DEPRESIÓN * NIVEL ECONÓMICO

Tabla 1. Sobre la depresión y nivel económico de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, Trienio 2013 - 2015. 52

Tabla 2. Estadístico Tau B de Kendall. 53

DEPRESIÓN * GRUPO ETAREO

Tabla 1. Sobre la depresión y grupo etareo de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, Trienio 2013 - 2015 54
Tabla 2. Estadístico Tau B de Kendall 55

DEPRESIÓN * CICLO ACADÉMICO

Tabla 1. Sobre depresión y ciclo académico de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, Trienio 2013 - 2015. 56
Tabla 2. Estadístico Tau B de Kendall. 57

DEPRESIÓN * SEXO

Tabla 1. Sobre depresión y sexo de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, Trienio 2013 - 2015. 58
Tabla 2. Prueba de chi^2 59

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico 1. Distribución de frecuencia sobre la edad de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, Trienio 2013 - 2015. 44

Gráfico 2. Distribución de frecuencia sobre el ciclo de estudios de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, Trienio 2013 - 2015. 45

Gráfico 3. Distribución de frecuencia sobre el nivel socioeconómico de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, Trienio 2013 - 2015. 46

Gráfico 4. Distribución de frecuencia sobre la depresión de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, Trienio 2013 - 2015. 47

Gráfico 5. Distribución de frecuencia sobre el nivel de conocimiento de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, Trienio 2013 - 2015. 48

Gráfico 6. Distribución de frecuencia sobre el sexo de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, Trienio 2013 - 2015. 49

RESUMEN

Introducción: En los últimos años la depresión ha sido catalogada como uno de los problemas que más sufrimiento causa en las personas y que en distintos grados afecta a un porcentaje muy alto de la población sin diferencia de género, edad, nivel socioeconómico, convirtiéndola en uno de los principales motivos de consulta clínica. Esta investigación tiene como objetivo describir las características de la Depresión en jóvenes estudiantes a partir de un trabajo psicoeducativo en los universitarios de la Universidad Nacional de Ucayali; se pretende identificar aspectos específicos de los estudiantes que fueron asociados al trastorno depresivo. **Objetivo:** Determinar la relación de la depresión con el nivel de rendimiento académico, en estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio prospectivo, en la que los individuos tenían que llenar las fichas de recolección de datos, para evaluar la depresión (escalas de Zung), así también se tuvo acceso a las notas de los individuos para ver el nivel de rendimiento académico que tenían. Se usó el estadístico Tau B de Kendall, chi cuadrado con un nivel de significancia del 5% para ver la asociación de las variables. **Resultados:** se encontró asociación entre depresión y el nivel de rendimiento así también entre depresión y el nivel económico de los individuos. **Conclusiones:** la depresión tiene relación con el rendimiento académico, y afecta directamente a los individuos. También la depresión y los recursos económicos; alumnos con deficientes recursos es de notar que no solo son las aulas la solución a dicho problema sino lo que parece ser la solución en él, se vuelve un problema al no alcanzar sus metas.

ABSTRACT

Introduction: In recent years, depression has been listed as one of the problems that suffering causes in people and in varying degrees affects a very high percentage of the population without distinction of gender, age, socioeconomic status, making it one of the main reasons for medical consultation. This research aims to describe the characteristics of Depression in young students from a psychoeducational work in the university of the National University of Ucayali; It seeks to identify specific aspects of students who were associated with depressive disorder. **Objective:** To determine the relationship of depression with the level of academic performance, students of human medicine at the National University of Ucayali, three years 2013 - 2015. **Materials and methods:** a prospective study in which individuals had to fill the chips data collection, to assess depression (Zung scales), was performed and access to the notes of individuals to see the level of academic performance was also had to They had. Statistical Kendall Tau B was used chi square with a significance level of 5% for the association of variables. **Results:** association between depression and the performance level and also between depression and economic status of individuals was found. **Conclusions**: Depression is related to academic performance, and directly affects individuals. It also depression and economic resources; students with poor resources is worth noting that not only classrooms solution to this problem but what seems to be the solution in it, it becomes a problem not achieve their goals.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años la depresión ha sido catalogada como uno de los problemas que más sufrimiento causa en las personas y que en distintos grados afecta a un porcentaje muy alto de la población sin diferencia de género, edad, nivel socioeconómico, convirtiéndola en uno de los principales motivos de consulta clínica. En las investigaciones realizadas sobre el tema se ha encontrado que existen factores genéticos y psicosociales. Aunque en algunos casos existe un componente genético, en otros, prima la configuración psicológica que el individuo tenga. Según algunos estudios la prevalencia del trastorno depresivo varía del 8% al 25% en la población mundial.

La universidad en general y los docentes en particular están comprometidos a generar un proceso educativo que promueva el desarrollo integral del estudiante, enseñándose a los estudiantes a fortalecer y manejar adecuadamente su estado afectivo, ya que las emociones tienen una función de adaptación, de nuestro organismo, hacia lo que nos rodea.

Cada persona experimenta emociones en forma particular dependiendo de sus experiencias anteriores, aprendizaje carácter, y de las situaciones concretas. Algunas de las reacciones fisiológicas y comportamentales que desencadenan las emociones son innatas, mientras que otras son adquiridas.

Conocedores de que en el ámbito educativo las emociones juegan un papel importante en el estudio y aprendizaje, específicamente en los estudios de índole Universitaria donde se necesitan desarrollar diversas competencias; una de ellas, orientada a la producción de conocimientos teórico-conceptuales.

Conscientes de que son muchas las causas que generan depresión y bajo rendimiento en los estudiantes de Medicina Humana, es evidente la existencia de múltiples problemas no resueltos, en torno al eficiente aprendizaje, los cuales hemos constatado en cuanto a calidad del alumno por espacio de catorce ciclos consecutivos y no sólo en nuestra mención sino, a nivel general.

Al momento de buscar las causas del fracaso educacional se apunta hacia los programas de estudio, la masificación de las aulas, la falta de recursos de las instituciones y raras veces al papel de los padres y su actitud de creer que su responsabilidad acaba donde empieza la de los catedráticos, y poco se valora el papel las emociones juegan un rol protagónico en el proceso de aprendizaje: si el estado emocional en el educando es bueno y armonioso, facilita el aprendizaje; de lo contrario, constituye un factor regresivo o de notoria interferencia.

Esta investigación tiene como objetivo describir las características de la Depresión en jóvenes estudiantes a partir de un trabajo psicoeducativo en los universitarios de la Universidad Nacional de Ucayali; se pretende identificar aspectos específicos de los estudiantes que fueron asociados al trastorno depresivo y con ello, describir su posible relación con diferentes variables sociodemográficas y personales.

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Existen evidencias que la depresión impide el acceso a un buen rendimiento académico en el Perú y en la Universidad Nacional de Ucayali. Evidentemente es un gran mérito que los estudiantes que terminan sus estudios universitarios sin ningún problema, atraso o enfermedad. Aquellos estudiantes universitarios que se encuentran aquejados de depresión lo tienen muy difícil a la hora de cumplir con sus obligaciones académicas y lograr obtener buenas calificaciones. Este tipo de estudiantes no puede concentrarse primeramente porque se encuentra luchando contra los síntomas de la ansiedad y la depresión, lo cual les impide tener un grado de concentración suficiente como para poder atender en clase o estudiar. Las últimas investigaciones que buscan la correlación entre la depresión y el abandono de los estudios muestran que los estudiantes deprimidos tienen doble propensión a abandonar sus estudios (1, 2).

De la correlación entre la depresión y el abandono de los estudios podemos deducir que esta última se produce porque el estudiante con depresión deja de tener interés absolutamente por todo lo que le rodea. Algunos tipos de depresión son más "dañinos" que otros a la hora de provocar el abandono de los estudios. Aunque hay estudiantes que pueden seguir rindiendo académicamente es muy posible que la depresión se agrave y acabe provocando el abandono de los estudios (2).

La meta de la educación médica es graduar profesionales que tengan los conocimientos, las habilidades y las actitudes adecuadas para desarrollarse en forma exitosa. En el proceso de formación de los futuros médicos existen factores que deben ser considerados: carga de trabajo, formas de evaluación del

desempeño, plan de estudios, etc. y que pudieran tener efectos negativos sobre su salud mental y reflejarse en su desempeño académico (3).

Varios estudios han demostrado que cursar el primer año de la carrera universitaria puede asociarse con altos porcentajes de morbilidad psicológica, especialmente depresión al confrontar a los alumnos con nuevos estresores (2-7).

Investigaciones como la de Furr et al. (2001) han reportado, incluso, que la depresión afecta a cerca del 50% de la población universitaria, aclarando que muchos factores son los que pueden contribuir a la aparición de síntomas depresivos en los estudiantes. Los más comunes son: el bajo desempeño académico, los estresores sociales, problemas económicos y el ajuste inherente a la transición del contexto familiar al ambiente universitario (8).

Por otro lado, varios autores han señalado que la depresión puede dar como resultado el abandono de los estudios, de tal manera que el creciente número de estudiantes que han sido dados de baja debido a su bajo rendimiento o a sus indecisiones vocacionales, pudiera tener relación con la presencia de depresión y/o ansiedad (9, 10).

Aktekin et al. (2001) reportaron que los puntajes en el Inventario de Beck para depresión, obtenidos en estudiantes de medicina, fueron mayores que los correspondientes a los estudiantes de Economía y que éstos aumentaban de manera importante en el segundo año de la carrera (11).

Por su parte, Al-Busaidi et al. (2011) evaluaron la prevalencia de síntomas depresivos en 481 estudiantes universitarios y encontraron que el 27.7% presentó sintomatología en diferentes niveles de intensidad, con un mayor porcentaje de mujeres aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los sexos, como las que han sido reportadas por otros autores (12-15).

1.2 Formulación del problema

Problema principal

¿Cuál es la relación de la depresión con el nivel de rendimiento académico, en estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015?

Problemas secundarios

1. ¿Cuáles son las características generales de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015?
2. ¿Cuál es la relación de la Depresión y el nivel económico de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015?
3. ¿Cuál es la relación de la Depresión y grupo etario, de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015?
4. ¿Cuál es la relación de la depresión y ciclo académico de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015?
5. ¿Cuál es la relación de la depresión y el sexo de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015?

1.3 Objetivo: General y específicos

A. Objetivo general

Determinar la relación de la depresión con el nivel de rendimiento académico, en estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.

B. Objetivos específicos

1. Describir las características generales de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.
2. Medir la relación de la Depresión y el nivel económico de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.
3. Analizar la relación de la Depresión y grupo etario, de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.
4. Cuantificar la relación de la depresión y ciclo académico de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.
5. Analizar la relación de la depresión y el sexo de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.

1.4 Justificación

La depresión es un tema polémico, tanto de psicólogos como de no psicólogos esto es debido, en parte, a la incidencia y a las consecuencias que este trastorno ocasiona. Los trastornos depresivos constituyen un serio problema en la vida emocional y social de los estudiantes repercutiendo en su rendimiento académico.

En los últimos años ha surgido con fuerza la depresión como un tema transversal en la Psicología (Psicología de la Educación, Psicología de las Organizaciones, Psicología de la Emoción), así también como en el campo de la Medicina. Es así que el estudio de la depresión cobra vital importancia en la realización de todo ser humano en los diferentes sentidos de su vida, familiar, conyugal, laboral, etc., y por ende, en su formación profesional, dado que las emociones juegan un rol protagónico en el proceso de aprendizaje, en la medida

que si el estado emocional en el educando es bueno y armonioso, facilita el aprendizaje, de lo contrario, afecta e interfiere tal proceso.

La importancia de la alta autoestima influye de manera significativa, mientras que las personas con baja autoestima entran en una etapa de depresión que puede iniciar con bajo rendimiento académico pero puede ir avanzando hasta llegar a convertirse en intentos de suicidios.

La mayoría de nuestras decisiones, incluyendo las complejas como el aprendizaje, están dominadas por las emociones. La depresión como parte de la convicción de que el sistema educativo debería promover situaciones que posibilitaran el desarrollo de la sensibilidad y el carácter de los alumnos, sobre la base de que en el que hacer educativo se involucra tanto el ser físico como el mental, el afectivo y el social, en un todo. Sociales: Entre ellos encontramos el aislamiento, retraimiento, evitación e incompetencia social.

Entre las variables socio-económicas que suelen usar los investigadores destacan los ingresos y el nivel socio-económico de la familia, así como la composición del hogar (Vidal, 1994). Condiciones económicas difíciles durante la época de estudios superiores o durante la etapa de crecimiento predicen positivamente la ocurrencia de depresión en esta población. Respecto de los niveles socio-económicos (NSE), Fernández y Perea (2004) han identificado tres grandes grupos de estrategias para la definición de los grupos socio-económicos que son usados para la estratificación social. El primer grupo de estrategias se basa exclusivamente en la ocupación o profesión de las personas. El segundo grupo define a las categorías o "clases" sociales de acuerdo con la percepción subjetiva de su status. El tercer grupo está conformado por aquellas estrategias que combinan características o atributos de la familia, que a su vez se dividen en dos grupos: las variables relacionadas con la ocupación del jefe del hogar y las relacionadas con el nivel de confort o equipamiento del hogar.

Si bien diversas investigaciones sobre rendimiento académico consideran al sexo del estudiante como un identificador de su género, como parte importante de los científicos sociales contemporáneos el género es una construcción social compleja que va más allá de las diferencias biológicas entre ambos sexos. Por ello, si se evalúan las diferencias en rendimiento académico entre hombre y mujer, en un sentido de identificación, es más conveniente acudir al variable sexo. Más allá de estas discrepancias conceptuales, la mayoría de investigaciones educativas encuentra un mayor rendimiento académico en las mujeres (16).

Finalmente, esta investigación permitirá a los alumnos y docentes tomar conciencia sobre la vital importancia que la depresión tiene en los alumnos, ya que este factor redundará en el desarrollo de las destrezas metodológicas en forma exitosa, indispensable para mejorar la calidad de su aprendizaje en la asignatura Seminario Taller de Tesis y así, convertirse en seres humanos talentosos y creativos para incursionar eficientemente en la investigación científica.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Antecedentes Internacionales

Claudia Fouilloux Morales, **Síntomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de Medicina"**, La prevalencia de depresión en estudiantes de medicina es significativamente más alta que la presentada en la población general o en estudiantes de otras licenciaturas y puede dar como resultado el abandono de los estudios, de tal manera que el creciente número de estudiantes que han sido dados de baja debido a su mal rendimiento o a sus indecisiones vocacionales pudiera tener relación con la presencia de este padecimiento. Y concluyeron que La sintomatología depresiva es un factor de riesgo importante para reprobar alguna asignatura o tener un bajo rendimiento escolar (17).

Rocío Vargas. Francis Rojas. María Jara B. **depresión y rendimiento académico,** Investigaron si existe relación entre la depresión y el rendimiento académico en estudiantes universitarios. Y concluyeron Existe una correlación entre la depresión y el rendimiento académico, la depresión puede ser por diversas situaciones y puede ser tanto activa como pasiva. En los casos de depresiones activas, generalmente cuando el estudiante no se siente seguro de sí mismo la depresión puede llevarle a tener un bajo rendimiento académico por la falta de seguridad, falta de ganas, y otros factores que pueden estarle afectando. Sin embargo quienes padecen depresiones activas puede ser que tengan rendimiento académico exitoso, que todo parezca caminar bien, sin embargo ante cualquier situación pueden llegar a flaquear y su rendimiento puede llegar a verse afectado. (18)

Carolina Serrano Barquín, **"Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios"** La depresión es una de las enfermedades más difundida en la actualidad; perturba tanto a las personas adultas como a los jóvenes, quienes agobiados por expectativas personales, familiares y sociales, resultan gravemente afectados, ya que éstas los obligan a enfrentarse a agresivos retos de competitividad. El propósito es indagar si el rendimiento escolar de los estudiantes universitarios guarda relación con estados de depresión y ansiedad; para ello, se presentan resultados parciales de una investigación que se inserta dentro del proyecto: "Depresión y ansiedad en los Estados Unidos y México: uniendo investigaciones sobre la salud mental entre las culturas", desarrollado por la Universidad Autónoma del Estado de México y la Universidad del Norte de Texas (19).

Jaime Humberto Moreno Méndez, **"Asociación entre depresión y rendimiento académico en un grupo de niños de la localidad de Usaquén"** tuvo como propósito describir y asociar la depresión y el rendimiento académico en un grupo de niños entre 8 y 11 años, de colegios distritales de la localidad de Usaquén, en la ciudad de Bogotá. Para tal fin, se llevó a cabo un estudio empírico-analítico, con un diseño descriptivo y método de asociación. Para la presente investigación se empleó, el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs y Beck (CDI) y la sub escala de depresión de la Lista de Chequeo de la Conducta Infantil – Formato para Padres de Achenbach y Edelbrock (cbc I), además, se realizó la revisión del boletín escolar de los niños para determinar su rendimiento académico con el fin de establecer si existía asociación entre depresión y rendimiento académico. Como resultado de esta investigación se encontró que pese a que no se logró establecer dicha asociación, es de suma importancia considerar los indicadores de sintomatología depresiva obtenidos, encontrando un mayor porcentaje en el género masculino que en el femenino. Asimismo, se observó que el nivel de rendimiento académico de esta población es bajo (20).

José Serra Taylor, "**Autoeficiencia, depresión y el rendimiento académico en estudiantes universitarios".** Indican que existe una relación significativa entre el nivel de percepción de autoeficacia y aprovechamiento académico. Sin embargo, no se observó una relación entre el nivel de depresión y aprovechamiento académico. Además, se observó que existen diferencias significativas entre los estudiantes graduados y subgraduados con relación a las variables el nivel de percepción de autoeficacia, depresión y aprovechamiento académico. No obstante, no se observó diferencias significativas entre los estudiantes varones y hembras con relación a estas mismas variables (21).

Investigaciones Nacionales

Gálvez Velásquez Raquel, Larios Rodríguez Laura, Pingo Sánchez Gianina. "**Relación entre la depresión y el bajo rendimiento académico en los alumnos de primero a quinto ciclo de la Escuela de Psicología de la Universidad Privada Antenor Orrego en el periodo agosto-diciembre 2010".** Estudiaron la relación entre las dos variables citadas, y concluyeron que existe relación entre ellas, además depende de los grados de depresión, y para que la depresión dependa directamente proporcional a ella (22).

Investigaciones Locales

PASTOR E. (2006) Afirma que los alumnos que no sufren ningún tipo de depresión logran terminar satisfactoriamente sus estudios, pero debe resaltar que casi la mayoría de estudiantes realizan un trabajo fuera del ámbito universitario (23).

PORTOCARRERO R. et al (2006) Manifiesta que los estudiantes que trabajan y estudian tienen un rendimiento académico relativamente igual a los alumnos que no trabajan y solo se dedican a estudiar, en el caso de los que sufren depresión relativamente sufren un rendimiento académico deficiente del promedio esperado (24).

2.2 Bases teóricas

RENDIMIENTO ACADÉMICO

Kerlinger, 1988, como ya la educación escolarizada es un hecho intencionado y, en términos de calidad de la educación, todo proceso educativo busca permanentemente mejorar el aprovechamiento del estudiante. En este sentido, la variable dependiente clásica en la educación escolarizada es el rendimiento o aprovechamiento escolar (25).

El rendimiento en sí y el rendimiento académico, también denominado rendimiento escolar, son definidos por la Enciclopedia de Pedagogía/Psicología de la siguiente manera: "Del latín reddere (restituir, pagar) el rendimiento es una relación entre lo obtenido y el esfuerzo empleado para obtenerlo. Es un nivel de éxito en la escuela, en el trabajo, etc. al hablar de rendimiento en la escuela, nos referimos al aspecto dinámico de la institución escolar (25).

El Tawab, 1997, al estudiar científicamente el rendimiento, es básica la consideración de los factores que intervienen en él. Por lo menos en lo que a la instrucción se refiere, existe una teoría que considera que el rendimiento escolar se debe predominantemente a la inteligencia; sin embargo, lo cierto es que ni siquiera en el aspecto intelectual del rendimiento, la inteligencia es el único factor", al analizarse el rendimiento escolar, deben valorarse los siguientes factores como la familia, la sociedad, el ambiente escolar y la salud" (26).

Carrasco, 1985, además el rendimiento académico es una medida de las capacidades respondientes o indicativas que manifiestan, en forma estimativa, lo que una persona ha aprendido como consecuencia de un proceso de instrucción o formación. Ahora desde una perspectiva propia del estudiante, define el rendimiento como una capacidad respondiente de éste frente a estímulos educativos, susceptible de ser interpretado según objetivos o propósitos educativos pre-establecidos. Este tipo de rendimiento académico puede ser entendido en relación con un grupo social que fija los niveles mínimos de aprobación ante un determinado cúmulo de conocimientos o aptitudes (26).

Según Herán y Villarroel (1987), el rendimiento académico se define en forma operativa y tácita afirmando que se puede comprender el rendimiento escolar previo como el número de veces que el alumno ha repetido uno o más cursos (27).

Kaczynska (1986), afirma que el rendimiento académico es el fin de todos los esfuerzos y todas las iniciativas escolares del maestro, de los padres de los mismos estudiantes; el valor de la escuela y el maestro se juzgan por los conocimientos adquiridos por los estudiantes (28).

Nováez (1986), sostiene que el rendimiento académico es el quantum obtenido por el individuo en determinada actividad académica. El concepto de rendimiento está ligado al de aptitud, y sería el resultado de ésta, de factores volitivos, afectivos y emocionales, además de la ejercitación (29).

Chadwick (1979), define el rendimiento académico como la expresión de capacidades y de características psicológicas del estudiante desarrolladas y actualizadas a través del proceso de enseñanza – aprendizaje que le posibilita obtener un nivel de funcionamiento y logros académicos a lo largo de un período o semestre, que se sintetiza en un calificativo final (cuantitativo en la mayoría de los casos) evaluador del nivel alcanzado (17,30, 31).

Resumiendo, el rendimiento académico es un indicador del nivel de aprendizaje alcanzado por el alumno, por ello, el sistema educativo brinda tanta importancia a dicho indicador. En tal sentido, el rendimiento académico se convierte en una "tabla imaginaria de medida" para el aprendizaje logrado en el aula, que constituye el objetivo central de la educación.

Sin embargo, en el rendimiento académico, intervienen muchas otras variables externas al sujeto, como la calidad del maestro, el ambiente de clase, la familia, el programa educativo, etc., y variables psicológicas o internas, como la actitud hacia la asignatura, la inteligencia, la personalidad, el auto concepto del alumno,

la motivación, etc. Es pertinente dejar establecido que aprovechamiento escolar no es sinónimo de rendimiento académico. El rendimiento académico o escolar parte del presupuesto de que el alumno es responsable de su rendimiento. En tanto que el aprovechamiento escolar está referido, más bien, al resultado del proceso enseñanza-aprendizaje, de cuyos niveles de eficiencia son responsables tanto el que enseña como el que aprende (31).

Características del rendimiento académico.

García y Palacios (1991), después de realizar un análisis comparativo de diversas definiciones del rendimiento escolar, concluyen que hay un doble punto de vista, estático y dinámico, que atañen al sujeto de la educación como ser social. En general, el rendimiento escolar es caracterizado del siguiente modo:

- El rendimiento en su aspecto dinámico responde al proceso de aprendizaje, como tal está ligado a la capacidad y esfuerzo del estudiante.
- En su aspecto estático comprende al producto del aprendizaje generado por el alumno y expresa una conducta de aprovechamiento.
- El rendimiento está ligado a medidas de calidad y a juicios de valoración.
- El rendimiento es un medio y no un fin en sí mismo.
- El rendimiento está relacionado a propósitos de carácter ético que incluye expectativas económicas, lo cual hace necesario un tipo de rendimiento en función al modelo social vigente (32).

Factores que influyen en el rendimiento académico

El primero, factor alumno, abarca: el nivel socioeconómico, nutrición, salud, nivel de aprestamiento, apoyo educativo en casa, influencia de los medios de comunicación, autoestima, coeficiente intelectual, ausentismo escolar, edad, sexo (33).

El segundo, factor profesor, abarca los antecedentes académicos, experiencia, actualización, capacitación, especialización, vocación, capacidad para adoptar programas y textos a su realidad; para elaborar instrumentos de evaluación, reparación previa de las clases, simpatía con los alumnos; para innovar métodos, situación socioeconómica, edad y sexo (34).

Finalmente, el factor escuela o centro de estudio, comprende la disponibilidad de programas y normas, biblioteca, materiales didácticos, disponibilidad de aulas, número de alumnos por aula y docente, dirección y supervisión adecuada, apoyo técnico, instalaciones básicas, doble turno, asignación de tareas, distribución del tiempo y sistemas de evaluación (35).

a. **La Motivación**: Es el deseo que tiene el estudiante por adquirir nuevos conocimientos. El alumno deberá siempre auto reforzarse para estar siempre con el ánimo dispuesto a continuar superándose.
b. **La Autoestima:** Comprende el concepto que se tiene de sí mismo el estudiante. Está en función de lo que ocurre a su alrededor como: centro de estudios, padres y amigos. Con una autoestima adecuada el estudiante se sentirá más seguro de sí mismo; indudablemente la autoestima también influirá en el rendimiento académico.
c. **La Inteligencia:** Espinoza (1997) reporta que la inteligencia es otra variable importante que influye en el rendimiento académico. Agrega que no se debe confundir una buena memoria con una buena inteligencia (36).

La primera es solo una parte de la inteligencia que consiste en almacenar datos pero que el alumno muchas veces no es capaz de analizar y sintetizar.
La inteligencia abarca muchas cosas más. El alumno refleja su cultura general, análisis, síntesis, razonamiento, juicio, etc.

Orellana (1996), dice que para abordar el rendimiento académico haya que tener en cuenta tres condiciones.

- Condiciones Personales: Motivación, destrezas adquiridas, habilidades y capacidad del rendimiento.
- Condiciones Objetivas: Infraestructura material y técnica, instalaciones que son imprescindibles para obtener un mejor rendimiento.
- Condiciones Sociales: Reconocimiento, prestigio, status, incentivos, integración grupal y desempeño (37).

MEDICIÓN Y CATEGORÍAS DEL RENDIMIENTO ACADÉMICO

La evaluación constante del proceso de enseñanza y aprendizaje en función de objetivos educacionales permite su reajuste y optimización porque el éxito de la educación debe mostrarse en función de lo que se logre. De este modo la evaluación debe estar presente durante la relación educando y educador en el proceso de enseñanza aprendizaje en función de lo que se logre (37).

Las técnicas de evaluación son una serie de actividades o pasos secuenciales que el profesor debe seguir con el fin de obtener información sobre el aprendizaje del alumno; miden principalmente aspectos psicomotores y afectivos, proporcionan información más cualitativa y cuantitativa (37).

El rendimiento académico se mide a través de varias pruebas o exámenes que el alumno debe superar para demostrar el logro de los objetivos, la información que nos proporciona es fácilmente cuantificable (37).

SALUD MENTAL

El concepto salud mental surge a mediados del siglo XX y se utiliza para referirse tanto a estados de salud como de enfermedad. La implantación del término ha ido paralela a la concepción integral del ser humano, entendida desde una perspectiva biopsicosocial. Esta concepción pretende romper con el principio de que la salud mental es simplemente la ausencia de enfermedad (38).

La salud mental es un campo amplio, plural e interdisciplinario que recibe aportaciones de diferentes disciplinas (psicología, psiquiatría, trabajo social, consejería, sociología, enfermería, economía, etc.). Por lo que definir su contenido y quehacer diario representa un problema, ya que cada disciplina constituye diversas orientaciones que en muchas ocasiones se hace difícil integrar. Además, el ser humano, es demasiado complejo para sintetizarlo en una definición universal que permita recoger sus múltiples matices culturales. (38)

En este capítulo se inicia una discusión de los orígenes del término salud mental. Luego se continúa con los orígenes de los servicios de salud mental en Puerto Rico. Finalmente, se esbozan los objetivos de la epidemiología en el campo de la salud mental, la prevalencia de las condiciones de salud mental en Puerto Rico, las bases genéticas y algunos aspectos de la neurobiología de los trastornos mentales (39).

Aspectos Históricos de la Evolución del Concepto Salud Mental

A principios del siglo XX, la salud mental sufre un importante avance y aparecen términos como profilaxis mental (en Europa) e higiene mental (en Estados Unidos); ambos precursores del actual concepto de salud mental (40).

El término profilaxis mental termina disolviéndose y se fortalece el de higiene mental que surge en EE.UU. con la publicación que C. Wittingham Beers (ex-enfermo mental) hace en 1908. Éste explicó sus experiencias en la asistencia psiquiátrica y, lo que es más importante, sobre posibles soluciones, estableciendo así la base para el enfoque de prevención de la enfermedad mental. En Nueva York, se creó el primer Comité de Higiene Mental, auspiciado por Adolfo Meyer. Progresivamente fueron creándose diferentes comités en distintas ciudades americanas y finalmente en 1917 se fundó la Junta Nacional de Higiene Mental (41).

En 1922, se celebró un Congreso Internacional en París, que despertó el interés de muchos países y generó un movimiento de Ligas de Higiene Mental y de encuentros científicos. La Liga Española de Higiene Mental se fundó en 1927 en Madrid y, entre otras actividades importantes, consiguió que en 1932 se creara la Sección de Higiene Mental en el Departamento de Sanidad del Ministerio de la Gobernación. De ello se derivó un avance sustancial del movimiento de higiene mental que fue la creación de los Dispensarios Higiene Mental, donde se empezó a aplicar la intervención de tipo ambulatorio (41).

Este movimiento fue configurando una tendencia progresista hacía la comprensión de la salud mental desde una perspectiva que enfatizaba la prevención. Esta tendencia se fue ampliando progresivamente y catalizó un nuevo movimiento, que pretendía ir más allá de la simple prevención, centrando su objetivo en la promoción y el fomento de la salud mental. En el Congreso Internacional que se celebró en Londres en 1947, se sustituyó el término de Higiene Mental por el de Salud Mental y se fundó la Federación Mundial de Salud Mental, que será la encargada de continuar organizando los encuentros internacionales y coordinar la salud mental a nivel mundial (41).

En este contexto, surgió, a partir de los años 50-60, la etapa de la salud mental comunitaria, que condujo a la implantación de servicios comunitarios. El objetivo central era abordar el trastorno mental dentro del propio entorno de la persona, haciendo hincapié en la prevención y rehabilitación con una participación amplia de la comunidad. Cabe señalar que, además de los EE.UU., en el movimiento comunitario tuvo un papel relevante en Inglaterra, que sirvió como modelo para varios países europeos (41).

La concepción comunitaria, en España, se instauró con el decreto del 24 de octubre de 1983. Esta derogó el antiguo decreto de 1931, según el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985). En este informe se elaboraron las recomendaciones y propuestas para llevar a cabo la reforma psiquiátrica, haciendo énfasis en la psiquiatría comunitaria y en la creación de servicios de agudos en los hospitales generales. También se estableció un calendario progresivo de eliminación los antiguos manicomios, cuyas recomendaciones se incluyeron en la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986, Capítulo III, Artículo 20 (42).

Desde la perspectiva actual, se pueden hacer ya algunas valoraciones de los avances de la Reforma Psiquiátrica (García, Espino y Lara, 1998; Hernández, 1997; Villabí y Farrés, 1998). Es evidente que se han dado pasos agigantados en el abordaje del enfermo mental, sobre todo en el ámbito del tratamiento, la

rehabilitación y la reinserción, que eran, de hecho, los objetivos básicos de la reforma (43).

Sin embargo, no se han desplegado todos los recursos necesarios y aunque la salud mental ha sido un capítulo económico "bien tratado" en los diferentes presupuestos de programas de salud pública todavía queda asignaturas pendientes por resolver. Proyectar el cierre de las instituciones psiquiátricas implica crear recursos alternativos que suponen una gran inversión socioeconómica. Por ello, algunas autonomías han preferido aplicar la Reforma Psiquiátrica bajo un modelo mixto, o cuando menos, con prudencia y manteniendo algunas instituciones hospitalarias abiertas. Una alternativa interesante ha sido la reconversión de los hospitales psiquiátricos en comunidades de servicios de salud mental, aprovechando así unos espacios ya existentes y adaptándolos a los nuevos requerimientos (44).

En los últimos años se ha reducido considerablemente la duración media de la hospitalización de los enfermos mentales, tanto por los avances en los tratamientos farmacológicos como por los recursos comunitarios alternativos. Sin embargo, ha aparecido un fenómeno nuevo, denominado "puerta giratoria". Es decir, los enfermos tienen una estancia hospitalaria menor, pero sufren un mayor número de ingresos (45).

En un estudio reciente, sobre hospitalizaciones repetidas, realizado en los países nórdicos, encontraron que en el periodo de un año el 33% de una muestra de 2,454 pacientes, tratados a nivel comunitario, tuvieron que ser ingresados en el hospital al menos una vez y de éstos, el 23% ingresaron en repetidas ocasiones entre 2 y 7 veces (46).

Definición de Salud Mental

La definición de un término tan complejo y polifacético como el de salud mental, conlleva muchas dificultades y, por tanto, no existe una definición única del concepto (47).

La salud mental puede considerarse como un constructo que no tiene una definición directa. Desde esta perspectiva, es necesario recurrir a conceptos más concretos. Esta opción resuelve algunos problemas, pero genera otros nuevos; para intentar definir la salud mental se utilizan términos como "bienestar/malestar psíquico" "felicidad" o "satisfacción", que son, igualmente, abstractos o difíciles de operacionalizar. La interrogante, salud o salud mental, refleja la idea de sí debe existir una concepción única de la salud o bien hay que diferenciar entre salud física y salud mental. Muchos autores, defienden que la salud mental no debe considerarse como algo independiente de la salud general. Esta perspectiva, sustentada también por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1961), implica una concepción global e integral de la persona, que contempla los aspectos físicos, psicológicos y sociales de forma interrelacionada. Esta lo define como, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales (48).

El hecho de que no existan unos límites establecidos entre salud y enfermedad mental, es comprensible si se tienen en cuenta las lagunas e incógnitas que todavía quedan por resolver para tener una comprensión clara del trastorno mental y de la normalidad/anormalidad conductual. Pero, aunque no se puedan establecer límites, hay comportamientos que están más próximos al lado negativo o de anormalidad y otros están más cercanos al de la salud (48).

Tizón (1996) señala algunas razones que desaconsejan la dicotomía entre salud física y salud mental; cuando hay una enfermedad física, las capacidades psicológicas y las formas de relación se ven alteradas. Muchos problemas psicológicos se manifiestan, con frecuencia, a través de síntomas somáticos

(insomnio, cefalea, taquicardia, etc.). Además, los estados emocionales y afectivos conllevan reacciones fisiológicas que pueden generar problemas psicosomáticos. Desde esta perspectiva, debe considerarse la salud como un concepto global y, por tanto, la salud mental se concibe como un componente de la salud general (49).

Sin embargo, también existen detractores de esta postura. Es mucho más estratégico tratar la salud mental como una entidad independiente. Esto permitiría trabajar de forma más diferenciada y específica, lo que reduciría la preponderancia del modelo médico sobre el psicológico (35).

Es difícil establecer límites claros entre la salud y la enfermedad mental y generalmente, se definen como polos opuestos de un continuo, en el que no existe una línea divisoria tajante. Bajo esta perspectiva, la enfermedad mental es el extremo opuesto de la salud mental. Sin embargo, la mayoría de personas se sitúan entre ambos polos; espacio en el que existen múltiples combinaciones de carácter cualitativo y cuantitativo (más o menos salud o más o menos enfermedad). Mesa (1986) enfatiza la idea del continuum entre conducta normal y anormal, donde las discrepancias entre las reacciones normales al estrés y las conductas anormales, residen en que, estas últimas, son más persistentes, menos adecuadas en relación con las experiencias conocidas recientes de las personas, menos controladas, más severas y más incapacitantes para el propio individuo (36).

Sin embargo, dentro de la psiquiatría clásica, predomina la idea de diferenciar entre salud y enfermedad mental. Es decir, se aplican los criterios de la medicina general y se considera que las verdaderas enfermedades mentales son las que tienen una base fundamentalmente biológica y requieren tratamientos farmacológicos. El resto de problemas mentales tienen una etiología más psicosocial, precisan, en general, tratamientos psicológicos y pueden entenderse como variaciones del modo de ser psíquico (49).

Font (1983), conciben la salud mental y enfermedad mental como dos entidades con carácter propio y señalan que la salud es un concepto global mientras que la enfermedad es un concepto parcial y, por tanto, puede existir la salud a pesar de la enfermedad. Es más: "si la salud es buena, las enfermedades serán más fácilmente vencidas" (50).

A pesar de las diferentes perspectivas que se acaban de señalar, el término salud mental es el concepto oficialmente aceptado para referirse tanto a la salud como a la enfermedad mental y, en la práctica, las intervenciones van siempre encaminadas a la recuperación de la salud, dando así un cierto sentido al macro concepto de salud mental (50).

La salud mental no es algo estático y definitivo, sino un estado dinámico y cambiante. La salud nunca es permanente sino que tiene que ir "reciclándose" continuamente, cada vez que las circunstancias internas y/o externas de las personas cambian. Es un proceso constante de adaptación y equilibrio que genera un movimiento progresivo de crecimiento personal. En este sentido, algunos autores, describen la salud como una utopía o meta a alcanzar. Es decir, como una tendencia hacia un nivel de salud inalcanzable, pero deseable y direccionalmente orientador (51,52).

Otra dificultad importante que complica la definición del término salud mental, es el concepto que cada cultura o sociedad tiene sobre la salud y la enfermedad mental. Lo que en una cultura puede ser considerado como normal y sano, en otro contexto cultural, o en otro momento social, puede ser tomado por anormal o patológico. Es evidente que este problema es menor cuando se habla de trastornos mentales severos o con una mayor base orgánica, pero se agudiza cuando se intentan establecer los límites de los trastornos psíquicos que tienen una fuerte influencia psicosocial (53).

La relación entre individuo y sociedad y la incidencia de esta interacción en la salud/enfermedad, es un tema muy debatido por los diversos autores que

trabajan en el ámbito de la salud mental. Ciertas escuelas sociológicas, algunas orientaciones dinámicas y un buen número de tendencias antipsiquiátricas, fusionan el individuo y la sociedad de forma que no se diferencia cualitativamente la enfermedad individual de la enfermedad como fenómeno social. Sin embargo, la mayoría de autores piensan que es necesario diferenciar entre enfermedad individual y enfermedad o alienación social ya que, la naturaleza de ambos no es la misma (54).

Algunos autores reconocen la influencia sociocultural en los conceptos de normalidad y patología, pero señalan que dar un énfasis excesivo al contexto, va en detrimento de la consideración individual y de la capacidad de autodeterminación de la persona. El concepto de sociedad enferma es más periodístico que científico y que no existen pruebas concluyentes de que la incidencia total de psicopatología varíe significativamente de una sociedad a otra. Sin embargo, como indica Seva, el medio cultural puede generar sufrimientos psíquicos a partir de determinadas circunstancias sociales. Además las connotaciones sociales de la enfermedad van más allá del concepto teórico del término que tiene cada cultura y quedan reflejadas, por ejemplo, en el rol de enfermo, en los derechos y deberes del enfermo o en las responsabilidades del Estado para organizar los servicios de salud (55, 56).

DEPRESIÓN

Es una palabra que tiene dos sentidos. En el lenguaje de la calle decimos "tengo depresión" si estamos tristes, apenados, agotados o desinteresados. En medicina, depresión o trastorno depresivo es el nombre de una enfermedad que afecta, por una parte, al estado de ánimo y, por otra parte, a una serie de funciones vitales (concentración, regulación del sueño, fatiga, etc.). La sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y perder interés en las cosas que antes disfrutaba es lo que se llama depresión. Se debe saber que la depresión es una enfermedad como puede ser la diabetes o la artritis, y no es solo una sensación de tristeza o de desánimo. Esta enfermedad progresa cada día afectando sus pensamientos, sentimientos, salud física, y su forma de

comportarse. La depresión no es culpa de la persona que la padece, como tampoco es una debilidad de la personalidad. Es una enfermedad médica que es muy frecuente y puede afectar a cualquier persona (57).

La depresión o el trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse voluntariamente (58).

Beck (1976), respecto a la depresión, menciona que debe a un desorden del pensamiento, en la que el depresivo distorsiona la realidad viéndose de forma negativa en la triada cognitiva: el mismo, el mundo y el futuro; además supone la activación de signos y síntomas como consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos (59).

Robert y Lamontegne (1977), consideran que la depresión es un estado de tristeza, acompañada de una marcada disminución del sentimiento de valor personal de una dolorosa consecuencia de disminución de actividad mental psicomotriz y orgánica (60).

Fremman y Oster, citado por Salmuri y Skoknic (2005), postulan que la depresión es un trastorno conocido desde hace tiempo, mencionando que es el problema psicológico de nuestros días, considerado como el resfriado de los trastornos emocionales (61).

Cottraux citado por Vázquez y Sanz (1999), menciona que la depresión es una síndrome caracterizado por un estado de ánimo que se traduce en la expresión verbal y no verbal de sentimientos tristes, acompañados de ansiedad e irritabilidad, dichas características pueden alterar múltiples funciones como el sueño y el apetito, la energía y el impulso sexual, la motivación se traduce en un

déficit del interés y de la capacidad para experimentar placer, el deseo de evadirse mediante el suicido es frecuente, la evitación de los contactos sociales y la dependencia respecto a los demás lleva recientemente a un rechazo por el miedo. Los comportamientos activos y productivos se encuentran disminuidos y los pensamientos negativos se encuentran incrementados (62).

El conjunto de síntomas -indicadores- que componen el síndrome depresivo, se pueden reducir a cinco grandes núcleos:

- **Síntomas anímicos**. Los síntomas –indicadores- que comprenden este núcleo son la disforia, sentimientos de abatimiento, pesadumbre, llanto, infelicidad, e incluso irritabilidad y tristeza.
- **Síntomas motivacionales.** Los síntomas -indicadores- que comprenden este núcleo son la apatía, la indiferencia, la anhedonia, disminución en la capacidad de disfrute- desalineo personal, ganas de abandonar el estudio y falta de toma de decisiones junto con el estado de ánimo deprimido, el síntoma principal de un estado depresivo, el levantarse de la cama por las mañanas o asearse pueden convertirse en tareas casi imposibles y, en muchos casos, se abandonan los estudios o el trabajo. Asimismo, tomar decisiones cotidianamente como decidir la ropa para vestirse puede convertirse en una tarea casi insalvable.
- **Síntomas cognitivos**. Los síntomas -indicadores- que comprenden este grupo son la autodepreciación, la autoculpación, y la pérdida de autoestima.
- **Síntomas físicos.** Los síntomas que comprenden este núcleo son la perdida de sueño, la fatiga, la pérdida de apetito, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa evidencia de disminución de la actividad y el deseo sexual.
- **Síntomas interpersonales.** El síntoma -indicador- principal de este núcleo es que la persona deprimida no tiene por relacionarse con los demás (63).

CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

Algunas de las causas más comunes de la depresión en un adolescente pueden ser:

- **Factores hereditarios:** la depresión es común en personas cuyos miembros biológicos de la familia también tienen la condición
- **Traumas de la niñez:** los eventos traumáticos ocurridos durante la infancia, tales como el abuso sexual o psicológico, o la pérdida de un miembro cercano de la familia, pueden causar cambios en el cerebro que hacen que una persona sea más susceptible a la depresión
- **Los neurotransmisores:** son sustancias químicas del cerebro que se vinculan con el estado de ánimo y juegan un papel fundamental en la aparición de la depresión
- **Las hormonas:** los cambios hormonales también pueden desencadenar la depresión
- **Eventos de la vida:** acontecimientos como la muerte de un ser querido, problemas financieros o económicos, pueden desencadenar la depresión (64).

NIVELES DE DEPRESIÓN

- **Mínimo:** La persona presenta pocos síntomas de los que caracterizan la depresión y está en capacidad de realizar sus actividades.
- **Leve:** La persona tiene algunos síntomas de los típicos en la depresión y está apta para continuar la mayoría de sus actividades.
- **Moderado:** Se presentan mayor número de síntomas que en el nivel anterior y se experimenta dificultad para continuar con las actividades ordinarias.
- **Grave:** es el nivel más severo y peligroso de la depresión, con la tasa más alta de suicidio, agresión y necesidad de hospitalización. La persona presenta la mayoría de los síntomas que caracterizan la depresión de manera intensa. Se presentan síntomas somáticos importantes y son frecuentes las ideas y acciones suicidas (64).

CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN:

- Tienen una visión negativa de sí mismos. Se ven torpes, desgraciados y sin valor personal. Atribuyen sus experiencias desagradables a un defecto suyo y, como consecuencia, se ven inútiles y carentes de valor. Se critican a sí mismos, se culpabilizan y piensan que carecen de la capacidad necesaria para sentirse felices y llevar la vida que les gustaría.
- Interpretan la realidad de forma negativa y tienden a centrarse más en el lado malo de las cosas. Por ejemplo, si alguien se porta bien con ellos, pueden pensar que es por lástima o porque espera algo a cambio y no por una verdadera amistad. Esto es debido a que al valorarse tan poco a sí mismos piensan que no es posible que los demás sientan cariño por ellos o los valoren como personas.
- Tienen una visión negativa del futuro. Piensan que sus penas y dificultades no terminarán nunca. Esperan lo peor del futuro; esperan que las cosas les salgan mal hagan lo que hagan y, como consecuencia, no están motivados para actuar e intentar cambiar (65).

Tipos clínicos de los trastornos afectivos

A) Depresión mayor

Criterios Diagnósticos:

Presencia de ánimo disfórico. El ánimo debe ser de tristeza o anhedonia. Otros síntomas incluyen: trastorno del apetito, trastorno del sueño, retardo psicomotor o inquietud, pérdida de energía, sentimientos de minusvalía o culpa, pensamientos suicidas, compromiso del funcionamiento cognoscitivo. Estos síntomas pueden desarrollarse lenta o rápidamente. La depresión mayor puede ser diagnosticada en presencia de otros trastornos de personalidad. Estados de ansiedad, y desórdenes ciclotímicos. Si la depresión mayor ocurre con una historia de episodios maníacos o hipomaniacos, la condición se denomina trastorno bipolar.

La depresión mayor no puede ser diagnosticada si las siguientes características dominan el cuadro clínico durante los períodos en que el cuadro afectivo no está presente:

1. Hay preocupaciones delusivas cuyo contenido es incongruente con el ánimo o hay alucinaciones.
2. Los síntomas se superponen a un trastorno esquizofrénico, esquizofreniforme o paranoide.
3. Los síntomas se deben a un trastorno orgánico o a una situación de duelo.

Depresión mayor con melancolía: Es una variante de la depresión mayor caracterizada por una pérdida marcada de la capacidad de experimentar placer y tres de los siguientes criterios:

1. Cualidad distintiva del ánimo depresivo
2. La depresión es peor en la mañana
3. Despertar temprano
4. Retardo psicomotor o inquietud con angustia.
5. Culpa excesiva o inapropiada.
6. Anorexia o pérdida de peso.

Depresión mayor con psicosis: ocurren en el 10-20% de los casos y sus manifestaciones incluyen: delusiones congruentes con el ánimo que son típicas del estado depresivo y que usualmente se expresan en forma nihilista, de culpa, pobreza, muerte, castigo, y extrema disminución de la autoestima. Estupor depresivo en el cual el paciente se encuentra mutista y no responde (infrecuente). Alucinaciones de cualquiera de los sentidos aunque las más comunes son una palabra o frase como el nombre del paciente o solicitud de ayuda.

Delusiones o ideas delusivas secundarias de tipo somático (enfermedad grave que llega a la hipocondría). Estas depresiones mayores con psicosis pueden ser de dos tipos:

1. Con ideas delusivas congruente con el estado de ánimo.
2. Con ideas delusivas no congruentes con el estado de ánimo, estas pueden ser con ideación paranoide o sin ideación paranoide.

El diagnóstico de una depresión mayor psicótica es importante por el alto riesgo suicida y un severo compromiso del ánimo, requieren hospitalización.

Curso clínico: la depresión mayor no tratada dura 6 meses como promedió, aunque algunas duran menos y otras se tornan crónicas. El 50% de los pacientes con una depresión mayor sufren un episodio único. El tratamiento dura más de 6 meses (66).

B) Trastorno bipolar (Enfermedad maníaco-depresiva)

Se la define como una enfermedad mental que se caracteriza por una perturbación primaria del afecto, a partir del cual todos los síntomas parecen derivarse más o menos directamente. El afecto parte de un polo de tristeza a uno de euforia con intervalos de recuperación y completa normalidad.

Criterios diagnósticos: En el cuadro clínico del episodio maníaco es el ánimo elevado, expansivo, irritable.

Los síntomas asociados son: hiperactividad, aceleración del lenguaje, fuga de ideas, la disminución de la necesidad de sueño, el aumento de la autoestima al punto de la grandiosidad, distraibilidad extrema, escasa capacidad de atención y pobre juicio crítico.

Su ánimo eufórico también se puede caracterizar por irritabilidad extrema y una baja tolerancia a la frustración. El aumento de la actividad frecuentemente adopta características de promiscuidad sexual o preocupaciones religiosas.

Los pacientes no son conscientes de lo inapropiado, exigente e intrusivo de su conducta. El episodio puede o no incluir síntomas psicóticos aunque en la mayoría se presentan delusiones y alucinaciones.

El episodio depresivo es similar al cuadro depresivo mayor.

Curso clínico: los que presentan solamente episodios maníacos tienen un mejor pronóstico que los bipolares o los deprimidos unipolares. Los ataques únicos de enfermedad maníaco depresiva son raros.

Tipos de trastornos bipolares

Trastorno Bipolar I

Son aquellas que han presentan o presentaron un episodio maníaco, su estado de ánimo actual puede ser maníaco, hipomaniaco o depresivo, pudiendo ser mixta depresivo y maníaco a la vez.

Trastorno Bipolar II

Son aquellas que han padecido episodios depresivos, hipomaniacos, pero no presentaron nunca un episodio completo de manía

C) Distimia

Criterios diagnósticos: El individuo ha presentado en un período de 2 años características del síndrome depresivo durante la mayor parte del tiempo, pero no alcanza la intensidad o duración (mínimo dos semanas continuas) que exigen los criterios de un episodio depresivo mayor. Pasan por períodos de normalidad no mayor de unos pocos meses (menor de tres meses aproximadamente es muy relativo).

Durante los períodos depresivos se encuentran mínimo tres de los siguientes síntomas:

1. Insomnio o hipersomnia
2. Disminución de la energía

3. Sentimientos de inadecuación reducción de la efectividad en el trabajo o el estudio
4. Menor capacidad de concentración
5. Pérdida de interés
6. Irritabilidad.

Al individuo no le satisfacen los elogios, no disfruta de las cosas, se encuentra menos activo, habla menos, esta lloroso, pesimista, siente pena por el mismo, y tiene ideas de muerte o suicidio. Hay ausencia de síntoma psicótico.

El diagnóstico es difícil cuando se le sobre agrega un cuadro depresivo mayor, aunque ambos trastornos pueden estar presentes en un mismo individuo.
Curso clínico: es crónico, empieza en la adolescencia tardía o la adultez temprana (67).

D) Ciclotimia

Criterios diagnósticos: es generalmente una enfermedad crónica del ánimo que no alcanza la severidad de una depresión mayor o una manía y no se acompaña de síntoma psicóticos. El ánimo es alternante entre períodos depresivos y períodos hipomaníaco.

Los criterios para diagnóstico del período depresivo son igual para el distímico. Los períodos hipomaníaco se caracterizan por humor expansivo, elevado, irritable y tres de las siguientes criterios: aumento de la energía, falta de sueño, elevación de la autoestima, mayor productividad y largas horas de trabajo, pensamiento creativo, socialización y sexualidad desinhibidas, juicio pobre e irresponsable, inquietud, locuacidad, optimismo exagerado, bromas y risas inapropiadas.

Curso clínico: es crónico, no están relacionados al estrés, a menudo los pacientes abusan del alcohol y otras drogas, lo cual complica el cuadro. A

medida que avanza el cuadro se nota deterioro del funcionamiento marital, familiar y social (68).

E) Depresión estacional o por déficit de luz

Se presenta en etapas de solsticio de invierno tiene características de un cuadro distímico o depresivo mayor en 5 criterios. A estos se le sobre agrega las siguientes características:

1. Aumento del consumo de carbohidratos
2. Aumento de peso durante el invierno
3. Hipersomnia
4. Evitamiento de actividades sociales.

La mayoría cumple con sus actividades y responsabilidades sociales y familiares (69).

ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG

La escala autoaplicada de depresión de zung (self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente Somático-Conductual del trastorno depresivo (Zung 1965).

Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con 2 ítems referentes al estado de ánimo y otros 2 a síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre) El marco temporal no está claramente establecido, y así en unas versiones se le pide al paciente que

evalué la frecuencia de los síntomas de modo indeterminado o con una expresión tal como "recientemente"(Mulrow, et al 1995.) En otras se hace referencia a su "situación actual" (Conde y Franch, 1984), o a la semana previa (Hamilton y Shapiro 1990) (70).

La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 a 80 puntos. El resultado puede presentarse como la sumatoria de estas puntuaciones; como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100 (71).

En la bibliografía anglosajona, se utiliza la puntuación normalizada, con los siguientes puntos de corte (Bech, 1996 y magruder-habib, Zung y Feussner, 1990):

- No hay depresión < 50 (< 40 puntos)
- Depresión leve 51 – 59 (41 – 47 puntos)
- Depresión Moderada 60 – 69 (48 – 55 puntos)
- Depresión Grave > 69 (> 55 puntos)

Se ha cuestionado su validez de contenido, por el escaso peso que en la puntuación total tienen los síntomas psicológicos indicativos de alteración del estado de ánimo, y por la inespecificidad y el elevado peso relativo de los ítems de contenido somático. Se ha señalado también su escasa sensibilidad al cambio en relación al tratamiento instaurado, así como su inadecuación para valorar cuadros depresivos cuando la intensidad de los síntomas es alta, ya que solo tiene en cuenta la frecuencia y no la intensidad de los mismos (72).

No se considera una escala adecuada para detección de casos en población geriátrica, en la que la escala de Yesavage (GDS) ofrece mejores índices psicométricos. El elevado peso que tienen los síntomas somáticos en su

puntuación total puede disminuir su capacidad discriminante en pacientes con enfermedad física. Tampoco valora adecuadamente algunos síntomas presentes en depresiones atípicas, como la hiperfagia o la hipersomnia (73).

La existencia de un doble sistema de puntuación, que se refleja en la bibliografía de forma indistinta (Rispau, et al. 1998, Seva – Díaz ,1982; y Pastor, et al. 1998) y, sobre todo, la falta de estandarización de los puntos de corte dificulta la comparabilidad de los resultados y limita su utilidad tanto en la tipificación de intensidad / gravedad, como para la detección de casos (74).

Los índices de fiabilidad de la prueba son buenos (índice de 0.70-0.80 en la fiabilidad dos mitades, índice alfa de Cronbach entre 0.79 y 0.92) (Vásquez y Jiménez, 2000; Conde y Esteban, 1975). Los índices de correlación con otras escalas (Escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80. Informa sobre la presencia y severidad de sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia (75).

Si bien esta escala no fue diseñada para cribaje, si muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85%) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad (75).

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL RENDIMIENTO ACADÉMICO UNIVERSITARIO

Existen tres grandes bloques: factores personales, factores socio – familiares, factores pedagógicos – didácticos. En cada uno de estos bloques encontramos numerosas variables, ellos son:

1. **Factores personales:** hacen referencia a todos aquellos factores relacionados con el individuo que posee un conjunto de características neurobiológicas y psicológicas. Así tenemos a:
    - Personalidad
    - Inteligencia
    - Falta de motivación e interés
    - Autoestima
    - Trastornos emocionales y afectivos
    - Trastornos derivados del desarrollo biológico
    - Trastornos derivados del desarrollo cognitivo (37).

2. **Factores socio – familiares**
    - Factores socio-económicas: nivel socio-económico de la familia, composición de la familia, ingresos familiares.
    - Factores socio-culturales: nivel cultural de los padres y hermanos, medio social de la familia.
    - Factores educativos: interés de los padres para con las actividades académicas de sus hijos, expectativas de los padres hacia sus hijos, expectativa de los padres hacia la formación universitaria de sus hijos, identificación de los hijos con imágenes paternas (38).

3. **Factores académicos universitario**
    A. **Factores pedagógico – didáctico**
        - Plan de estudios inadecuados
        - Estilos de enseñanza poco apropiados
        - Deficiencias en la planificación del docente
        - Contenidos inadecuados
        - Refuerzos negativos
        - Desconexión con la práctica
        - Escasez de medios y recursos
        - Exigencia al estudiante de tareas inadecuadas

- No utilizar estrategias de diagnóstico
- Seguimiento y evaluación de los alumnos
- La no presencia de un conjunto de objetivos bien definidos
- Estructuración inadecuada de las actividades académicas
- Ambiente universitario poco ordenado
- Tiempo de aprendizaje inadecuado

B. Factores organizativos o institucionales

- Ausencia de equipos en la universidad
- Excesivo número de alumnos por aula
- Inestabilidad del claustro
- Tipo de centro y ubicación

C. Factores relacionados con el profesor

- Características personales del docente
- Formación inadecuada
- Expectativa de los profesores respecto a los alumnos
- Falta de interés por la formación permanente y la actualización
- Tipología del profesorado (38).

CARACTERÍSTICAS DEL RENDIMIENTO ACADÉMICO

García y Palacios, después de realizar un análisis comparativo de diversas definiciones del rendimiento académico, concluyen que hay un doble punto de vista, estático y dinámico, que atañen al sujeto de la educación como ser social. En general, el rendimiento académico es caracterizado del siguiente modo:

a) El rendimiento en su aspecto dinámico responde al proceso de aprendizaje, como tal está ligado a la capacidad y esfuerzo del alumno.
b) En su aspecto estático comprende al producto del aprendizaje generado por el alumno y expresa una conducta de aprovechamiento.
c) El rendimiento está ligado a medidas de calidad y a juicios de valoración.
d) El rendimiento es un medio y no un fin en sí mismo.

e) El rendimiento está relacionado a propósitos de carácter ético que incluye expectativas económicas, lo cual hace necesario un tipo de rendimiento en función al modelo social vigente (42).

EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN LAS UNIVERSIDADES

En consonancia con esa caracterización y en directa relación con los propósitos de la investigación, es necesario conceptuar el rendimiento académico. Para ello se requiere previamente considerar dos aspectos básicos del rendimiento: el proceso de aprendizaje y la evaluación de dicho aprendizaje. El proceso de aprendizaje no será abordado en este estudio. Sobre la evaluación académica hay una variedad de postulados que pueden agruparse en dos categorías: aquellos dirigidos a la consecución de un valor numérico (u otro) y aquellos encaminados a propiciar la comprensión en términos de utilizar también la evaluación como parte del aprendizaje. En el presente trabajo interesa la primera categoría, que se expresa en los calificativos universitarios. Las calificaciones son las notas o expresiones cuantitativas o cualitativas con las que se valora o mide el nivel del rendimiento académico en los estudiantes. Las calificaciones son el resultado de los exámenes o de la evaluación continua a que se ven sometidos los estudiantes. Medir o evaluar los rendimientos es una tarea compleja que exige del docente obrar con la máxima objetividad y precisión (28).

EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN EL PERÚ

En consonancia con esa caracterización y en directa relación con los propósitos de la investigación, es necesario conceptuar el rendimiento académico. Para ello se requiere previamente considerar dos aspectos básicos del rendimiento: el proceso de aprendizaje y la evaluación de dicho aprendizaje. Sobre la evaluación académica hay una variedad de postulados que pueden agruparse en dos categorías: aquellos dirigidos a la consecución de un valor numérico (u otro) y aquellos encaminados a propiciar la comprensión (insight) en términos de utilizar también la evaluación como parte del aprendizaje. La primera categoría, se expresa en los calificativos escolares. Las calificaciones son las notas o expresiones cuantitativas o cualitativas con las que se valora o mide el nivel del

rendimiento académico en los alumnos. Las calificaciones escolares son el resultado de los exámenes o de la evaluación continua a que se ven sometidos los estudiantes. Medir o evaluar los rendimientos escolares es una tarea compleja que exige del docente obrar con la máxima objetividad y precisión (Fernández Huerta, 1983; cit. por Aliaga, 1998). En el sistema educativo peruano, en especial en las universidades la mayor parte de las calificaciones se basan en el sistema vigesimal, es decir de 0 a 20 (Miljanovich, 2000). Sistema en el cual el puntaje obtenido se traduce a la categorización del logro de aprendizaje, el cual puede variar desde aprendizaje bien logrado hasta aprendizaje deficiente.

Definición de términos básicos

- **Apatía:** Falta de emoción, motivación o entusiasmo, un estado de indiferencia, en el que un individuo no responde a aspectos de la vida emocional, social o física (76).
- **Astenia:** Es una sensación generalizada de debilidad física y psíquica. Falta o decaimiento de fuerzas caracterizado por apatía, fatiga física o ausencia de iniciativa (76).
- **Depresión:** Es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente (76).
- **Endógeno:** Algo que nace dentro de algo. Como la célula que se forma dentro de otra. Que se origina en virtud de causas interna (77).
- **Etiología:** La causa o causas de una enfermedad además de factores propios del paciente que la favorecerían y factores propios de la enfermedad (77).
- **Etiopatogenia:** Hace referencia a las causas y mecanismos de cómo se produce una enfermedad concreta (77).
- **Incidir:** Incide una falta o un error todas las veces (78).
- **Inestabilidad:** Variación en los sentimientos y estados de ánimo, por los altibajos del ánimo, sin motivo o por causas insignificantes. Falta de estabilidad o equilibrio (78).

- **Prevalencia:** El número o porción de casos de una enfermedad o evento en una población y en un momento dado (78).
- **Rasgos:** Característica o particularidad en la manera de ser o de actuar de una persona. Peculiaridad (77).
- **Repercusión:** Causar, efecto de una cosa en otra. Acción y efecto de repercutir (77).
- **Síndrome:** Grupo significativo de síntomas y signos, es un cuadro clínico o conjunto sintomático que presenta alguna enfermedad con cierto significado y que por sus características posee cierta identidad (78).
- **Síntoma:** Referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que reconoce como anómalo, o causado por un estado patológico o enfermedad (76).

2.3 Hipótesis

Hipótesis general

Existe relación de la depresión con el nivel de rendimiento académico, en estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 -2015.

Hipótesis específicas

1. Existe relación de la Depresión y el nivel económico de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.
2. Existe relación de la Depresión y grupo etario, de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.
3. Existe relación de la depresión y ciclo académico de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.
4. Existe relación de la depresión y el sexo de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.

2.4 Variables de estudio

VARIABLE INDEPENDIENTE

- ✓ Depresión

VARIABLE DEPENDIENTE

- ✓ Rendimiento académico

  Nivel de conocimiento expresado en una nota numérica que obtiene el estudiante como resultado de una evaluación.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Ámbito de estudio

El presente trabajo se realizó en la Universidad Nacional de Ucayali, cito en la carretera Federico Basadre Km. 6.200.

3.2 Tipo de investigación

Es de tipo analítico donde la relación de las variables en dos poblaciones distintas, es motivo de análisis.

Según el tiempo de los hechos y registro de la información es del tipo retrospectivo, pues lo hechos ocurrieron antes del diseño de estudio, además va desde el efecto hacia la causa.

Según el periodo y secuencia del estudio, es del tipo transversal, pues se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. En este caso el tiempo no es importante en relación a la forma como se dan los fenómenos.

3.3 Nivel de investigación

El método utilizado fue analítico - observacional y cuali-cuantitativo. Analítico: porque se estudiaron las relaciones entre las variables.

Enfoque Cuantitativo

Para realizar la investigación de este corte, se utilizó con técnica un test y como instrumento la escala de autovaloración de W.W.K. Zung., posterior a la aplicación de la misma se procedió a aplicar una encuesta y como instrumento el cuestionario, con los datos recolectados se procedió a levantar la base de datos y posteriormente la creación de tablas dinámicas, por último se elaboró los cuadros estadísticos que fueron analizados e interpretados.

Enfoque Cualitativo

A nivel cualitativo, se realizó una entrevista semi - estructurada cuyo instrumento fue una guía de preguntas, esta herramienta estuvo dirigida a los estudiantes que obtuvieron las puntuaciones más altas en la escala de autovaloración de W.W.K. Zung.

Proceso Metodológico

Luego de haber solicitado la respectiva autorización para realizar las encuestas a los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana, se seleccionó a los estudiantes al azar entre hombres y mujeres que formarían parte de la investigación.

3.4 Método de investigación

Se clasifican en empíricas y teóricas.

En este caso se aplicó el método teórico, porque el proceso de investigación se inició con un problema. Sin embargo, no toda formulación que designa un problema puede ser investigado por la ciencia. Para que un problema pueda investigarse debe ser formulado adecuadamente. Existieron ideas según las cuales la observación teórica de cualquier hecho de la realidad pudo o no transformarse en problemas de investigación; al principio fueron vagas y confusas, pero luego después de mucha reflexión y de una relación continua con el objeto de investigación, se puedo lograr una formulación clara de la situación problemática de este modo se pudo dar forma al problema y la hipótesis.

3.5 Diseño de investigación

Es descriptivo-correlacional, trata de un diseño transaccional o transversal porque la investigación se orienta a establecer posibles uniones entre las variables en estudio, en una muestra en un único momento del tiempo Hernández, Fernández y Baptista (2003).

Por lo mismo, en este tipo de diseños no se introduce en la situación investigada ninguna variable experimental ni tampoco se manipula las variables.

En el caso del diseño descriptivo correlacional, el esquema es el siguiente:

(X ⟶ Y)

Dónde:

X : Depresión

Y : Rendimiento Académico

: Posible relación entre las dos variables sea unidireccional

(DEPRESIÓN ⟶ RENDIMIENTO ACADÉMICO)

3.6 Población, muestra y muestreo

Población son 240 estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali. Se aplicó la siguiente fórmula muestral para la selección del número de muestra:

$$n = \frac{k^2 * N * p * q}{e2 * (N - 1) + k2 * p * q}$$

Dónde:

K: 1.96

N: 240

p: 0.5

q: 0.5

e: 0.05

Aplicando la formula a la población de 240 individuos nos da como resultado: **148 individuos.** Que vendría hacer nuestra población.

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

TÉCNICA	HERRAMIENTA	DESTINATARIO
Test	Escala de Zung	Estudiantes de Medicina Humana que conforman la muestra.
Encuesta	Cuestionario de Depresión	Estudiantes de Medicina Humana que conforman la muestra.

Instrumentos: ver ANEXOS.

3.8 Procedimiento de recolección de datos

Se dio de la siguiente manera:

1. Coordinación con el director de coordinación académica.
2. Aplicación de encuesta a los 148 alumnos de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali.
3. Recolección de la muestra.
4. En el momento de la aplicación, en el salón donde se dictaba la asignatura, se pidió la colaboración del profesor para que diera de 15 a 20 minutos del tiempo de clase a aquellos estudiantes que quisieran participar en el estudio.
5. Observación de promedios en el registro auxiliar para conocer el nivel de rendimiento académico de los estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali
6. Se aplicó, la técnica de TAU B DE KENDALL, para ver la relación en la prueba de hipótesis. Usando un nivel de significación del 5% y del 1% según sea el caso. Y en el caso que no cumplan con el criterio de una tabla cuadrada se aplicará la prueba chi - cuadrado.
7. Se calificó la escala de Zung teniendo en cuenta que la redacción de algunas preguntas tenía el sentido contrario. De esta manera, las preguntas 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 se calificaron con puntuación de "2" cuando se reportaba la opción "Con Bastante Frecuencia" o con puntuación de "1" si señalaban la opción "Siempre o Casi Siempre".

3.9 Técnicas de procesamiento de recolección de datos

Se usó las siguientes técnicas:

Se aplicó, la técnica de TAU B DE KENDALL, para ver la relación en la prueba de hipótesis. Usando un nivel de significación del 5% y del 1% según sea el caso. Y en el caso que no cumplieron con el criterio de una tabla cuadrada se aplicó la prueba de chi - cuadrado.

Los datos fueron analizados en el programa estadístico SPSS VERSIÓN 21.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 Presentación de resultados

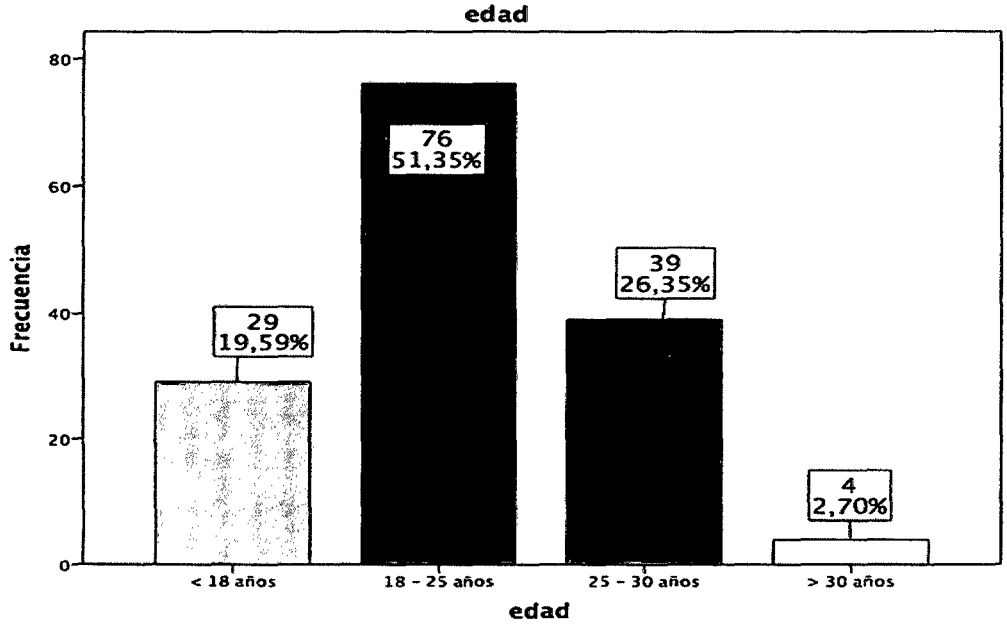
CARACTERÍSTICAS GENERALES: Sobre el problema descriptivo

Cuadro 01: Sobre la edad de los estudiantes:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
< 18 años	29	19,6	19,6	19,6
18 - 25 años	76	51,4	51,4	70,9
25 - 30 años	39	26,4	26,4	97,3
> 30 años	4	2,7	2,7	100,0
Total	148	100,0	100,0	

Fuente: ficha de recolección de datos

Gráfico 01: Sobre la edad de los estudiantes:



Fuente: ficha de recolección de datos

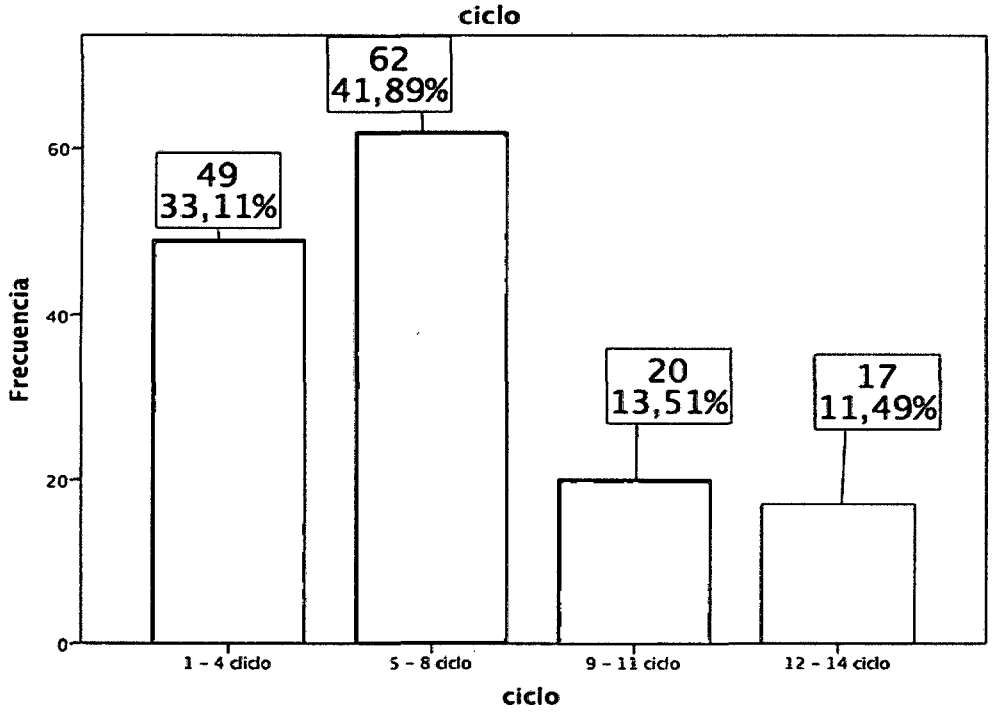
Se aprecia en que la mayor frecuencia se encuentra entre las edades de 18 a 25 años según la población analizada en el estudio.

Cuadro 02: Sobre el ciclo de estudios de los estudiantes:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 - 4 ciclo	49	33,1	33,1	33,1
5 - 8 ciclo	62	41,9	41,9	75,0
9 - 11 ciclo	20	13,5	13,5	88,5
12 - 14 ciclo	17	11,5	11,5	100,0
Total	148	100,0	100,0	

Fuente: ficha de recolección de datos

Gráfico 02: Sobre el ciclo de estudios de los estudiantes:



Fuente: ficha de recolección de datos

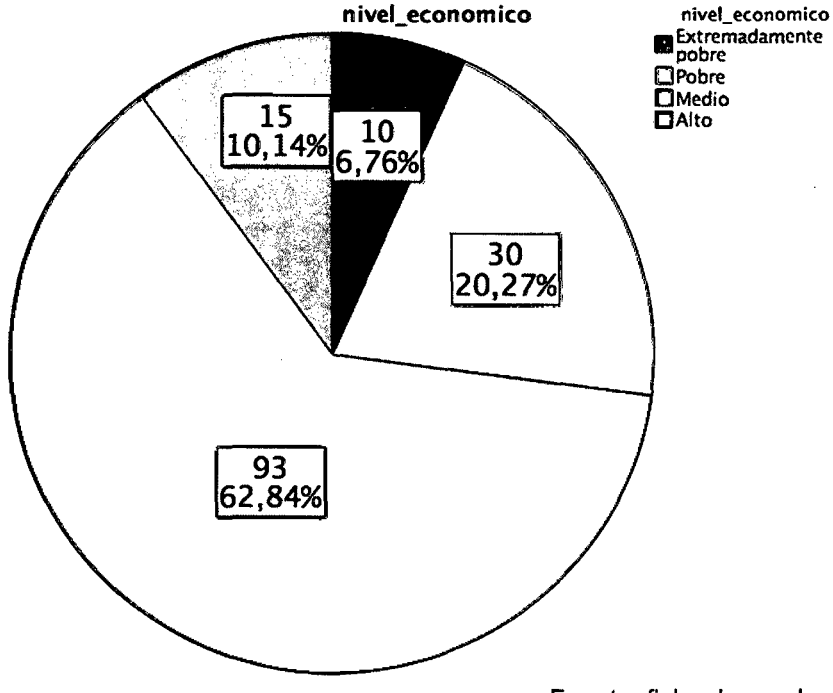
Se aprecia que el 41% de los encuestados pertenecen de V a VIII ciclo, además solo el 11% pertenecen a los ciclos XII y XIV.

Cuadro 03: Sobre el nivel socioeconómico de los estudiantes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Extremadamente pobre	10	6,8	6,8	6,8
Pobre	30	20,3	20,3	27,0
Medio	93	62,8	62,8	89,9
Alto	15	10,1	10,1	100,0
Total	148	100,0	100,0	

Fuente: ficha de recolección de datos

Gráfico 03: Sobre el nivel socioeconómico de los estudiantes



Fuente: ficha de recolección de datos

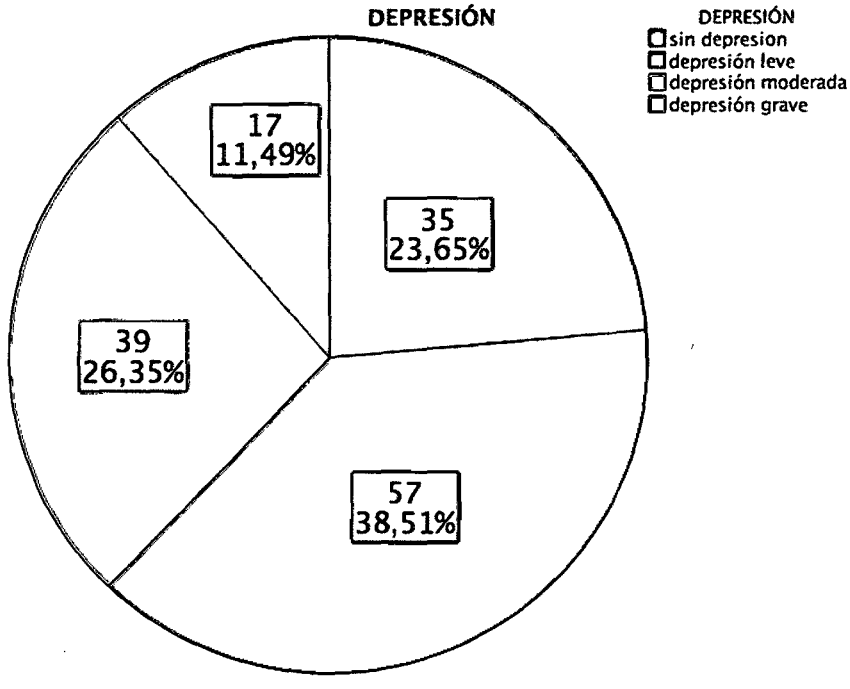
El 62% de los estudiantes pertenecen a un nivel socioeconómico medio, además, que representa la mayor cantidad de frecuencia, además solo el 6% de los encuestados pertenecen al nivel socioeconómico extremadamente pobre.

Cuadro 04: Sobre la depresión de los estudiantes de medicina

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin depresión	35	23,6	23,6	23,6
Depresión leve	57	38,5	38,5	62,2
Depresión moderada	39	26,4	26,4	88,5
Depresión grave	17	11,5	11,5	100,0
Total	148	100,0	100,0	

Fuente: ficha de recolección de datos

Gráfico 04: Sobre la depresión de los estudiantes de medicina



Fuente: ficha de recolección de datos

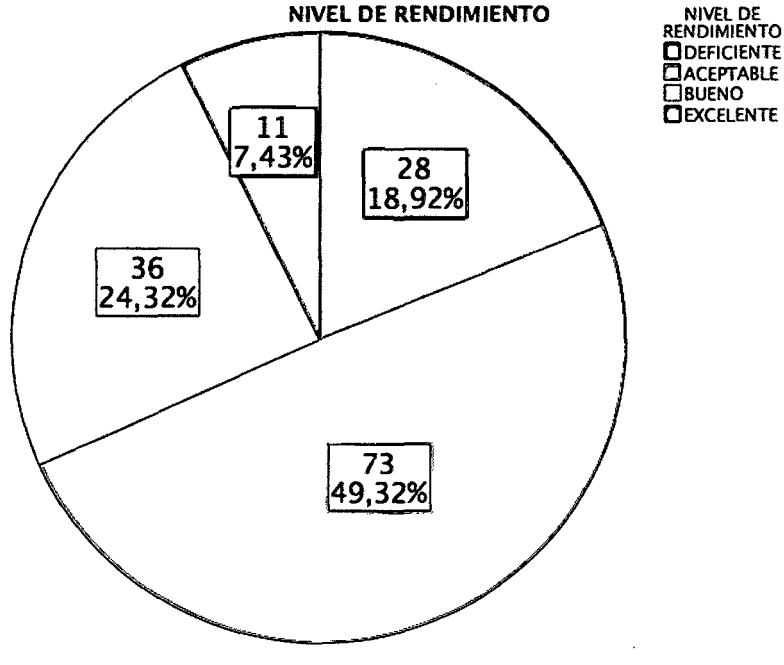
Se aprecia en que el 38% de los encuestados presentaron una depresión leve, en comparación con los 23% de las personas que no presentaron ningún tipo de depresión. Solo un 11% presentaron el tipo de depresión grave.

Cuadro 05: Sobre el nivel de conocimiento:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
DEFICIENTE	28	18,9	18,9	18,9
ACEPTABLE	73	49,3	49,3	68,2
BUENO	36	24,3	24,3	92,6
EXCELENTE	11	7,4	7,4	100,0
Total	148	100,0	100,0	

Fuente: ficha de recolección de datos

Gráfico 05: Sobre el nivel de conocimiento



Fuente: ficha de recolección de datos

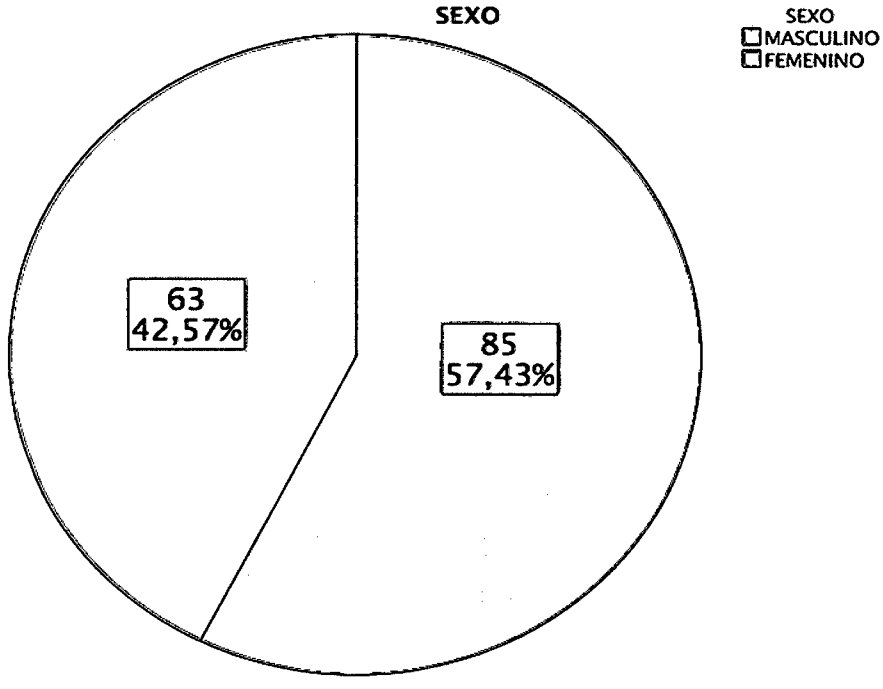
Se aprecia que el 49% de los estudiantes tienen un nivel académico aceptable, solo un 11% tienen rendimiento académico excelente.

Cuadro 06: Sobre el sexo de los estudiantes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
MASCULINO	85	57,4	57,4	57,4
FEMENINO	63	42,6	42,6	100,0
Total	148	100,0	100,0	

Fuente: ficha de recolección de datos

Gráfico 06: Sobre el sexo de los estudiantes



Fuente: ficha de recolección de datos

Se parecía que el 57% de los encuestados pertenecieron al sexo masculino, siendo, la mayor cantidad de acuerdo de la población encuestada.

PRUEBA DE HIPOTESIS PRINCIPAL

DEPRESION * RENDIMIENTO ACADEMICO

1. Planteamiento de hipótesis

H1: Existe relación entre la depresión con el nivel de rendimiento académico en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.

H0: No existe relación entre la depresión con el nivel de rendimiento académico en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.

Cuadro Nº 01 Sobre la depresión y nivel de rendimiento académico

Tabla de contingencia

		NIVEL DE RENDIMIENTO				Total
		DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE	
DEPRESIÓN	sin depresión	3	21	10	2	36
	depresión leve	7	30	15	6	58
	depresión moderada	12	17	6	3	38
	depresión grave	6	5	5	0	16
Total		28	73	36	11	148

Fuente: ficha de recolección de datos

2. Nivel de significancia:

5%= 0.05

3. Estadístico de prueba:

Tau B de Kendall

4. Cálculo del Tau B de Kendall

Cuadro Nº 02 Estadístico Tau B de Kendall

	Valor	P
Tau-b de Kendall	0,155	0,027

0.00 - 0.19 MUY BAJA CORRELACIÓN

0.20 – 0.39 BAJA CORRELACIÓN

0.40 – 0.59 MODERADA CORRELACIÓN

0.60 – 0.79 BUENA CORRELACIÓN

0.80 – 1.00 MUY BUENA CORRELACIÓN

5. Toma de decisión

Con un alfa de 5% y valor "P" de 0.027 se da por aceptada la hipótesis alterna que dice: "Existe relación entre la depresión con el nivel de rendimiento académico en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015".

Además se observa en el valor del estadístico Tao B de Kendall, 0.155, teniendo una correlación muy baja.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

DEPRESIÓN * NIVEL ECONÓMICO

1. **Planteamiento del problema**

H1: Existe relación de la depresión y la edad del estudiante de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.

H0: No existe relación de la depresión y la edad del estudiante de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.

Cuadro N° 01 Sobre la depresión y el nivel económico

		Nivel económico				Total
		Extremadamente pobre	Pobre	Medio	Alto	
DEPRESIÓN	sin depresión	3	5	22	6	36
	depresión leve	0	11	42	5	58
	depresión moderada	6	7	22	3	38
	depresión grave	1	7	7	1	16
Total		10	30	93	15	148

Fuente: ficha de recolección de datos

2. **Nivel de significancia:**

5% = 0.05

3. **Estadístico de prueba:**

Tau B de Kendall

4. Cálculo del Tau B de Kendall

Cuadro Nº 02 Estadístico Tau B de Kendall

	Valor	Sig. aproximada
Tau-b de Kendall	0,173	0,024

0.00 - 0.19 MUY BAJA CORRELACIÓN

0.20 – 0.39 BAJA CORRELACIÓN

0.40 – 0.59 MODERADA CORRELACIÓN

0.60 – 0.79 BUENA CORRELACIÓN

0.80 – 1.00 MUY BUENA CORRELACIÓN

5. Toma de decisión

Con un alfa de 5% y valor "P" de 0.024 se da por aceptada la hipótesis alterna que dice: "Existe relación entre la depresión con el nivel de rendimiento académico en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015".

Además se observa en el valor del estadístico Tao B de Kendall, 0.173, teniendo una **correlación muy baja.**

DEPRESIÓN * GRUPO ETARIO

1. Planteamiento de hipótesis

H1: Existe relación de la depresión de acuerdo al sexo en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.

H0: No Existe relación de la depresión de acuerdo al sexo en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.

Cuadro Nº 01 Depresión y Grupo Etareo

		edad				Total
		< 18 años	18 - 25 años	25 - 30 años	> 30 años	
DEPRESIÓN	sin depresión	6	20	8	2	36
	depresión leve	8	31	17	2	58
	depresión derada	7	19	12	0	38
	depresión grave	8	6	2	0	16
Total		29	76	39	4	148

Fuente: ficha de recolección de datos

2. Nivel de significancia:

5%= 0.05

3. Estadístico de prueba:

Tau B de Kendall

4. **Cálculo del Tau B de Kendall:**

Cuadro Nº 02 Estadístico Tau B de Kendall

	Valor	Sig. aproximada
Tau-b de Kendall	0,114	0,125

0.00 - 0.19 MUY BAJA CORRELACIÓN

0.20 – 0.39 BAJA CORRELACIÓN

0.40 – 0.59 MODERADA CORRELACIÓN

0.60 – 0.79 BUENA CORRELACIÓN

0.80 – 1.00 MUY BUENA CORRELACIÓN

5. **Toma de decisión**

Con un alfa de 5% y valor "P" de 0.125 se da por aceptada la hipótesis nula que dice: "No existe relación entre la depresión con el nivel de rendimiento académico en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015".

DEPRESIÓN * CICLO ACADÉMICO

1. Planteamiento de Hipótesis

H1: Existe relación de la depresión de acuerdo al ciclo que cursan en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.

H0: No existe relación de la depresión de acuerdo al ciclo que cursan en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.

Cuadro N° 01 Depresión y ciclo académico

		ciclo				Total
		1 - 4 ciclo	5 - 8 ciclo	9 - 11 ciclo	12 - 14 ciclo	
DEPRESIÓN	sin depresión	11	16	5	4	36
	depresión leve	19	25	8	6	58
	depresión moderada	12	16	4	6	38
	depresión grave	7	5	3	1	16
Total		49	62	20	17	148

Fuente: ficha de recolección de datos

2. Nivel de significancia:

5%= 0.05

3. Estadístico de prueba:

Tau B de Kendall

4. Cálculo del Tau B de Kendall:

Cuadro Nº 02 Estadístico Tau B de Kendall

	Valor	Sig. aproximada
Tau-b de Kendall	0,023	,745

Fuente: ficha de recolección de datos

0.00 - 0.19 MUY BAJA CORRELACIÓN

0.20 – 0.39 BAJA CORRELACIÓN

0.40 – 0.59 MODERADA CORRELACIÓN

0.60 – 0.79 BUENA CORRELACIÓN

0.80 – 1.00 MUY BUENA CORRELACIÓN

5. Toma de decisión

Con un alfa de 5% y valor "P" de 0.745 se da por aceptada la hipótesis nula que dice: "No existe relación de la depresión de acuerdo al ciclo que cursan en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.".

DEPRESIÓN * SEXO

1. Planteamiento del problema

H1: Existe relación de la depresión y el sexo de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.

H0: No existe relación de la depresión y el sexo de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.

Cuadro Nª 01 Depresión y sexo

		DEPRESIÓN				Total
		sin depresión	depresión leve	depresión moderada	depresión grave	
MASCULINO	Recuento	23	36	18	8	85
	Frecuencia esperada	20,1	32,7	22,4	9,8	85,0
FEMENINO	Recuento	12	21	21	9	63
	Frecuencia esperada	14,9	24,3	16,6	7,2	63,0
Total	Recuento	35	57	39	17	148
	Frecuencia esperada	35,0	57,0	39,0	17,0	148,0

Fuente: ficha de recolección de datos

2. Nivel de significancia:

5%= 0.05

3. Estadístico de prueba:

Chi - cuadrado

4. Cálculo del chi ^{2}

Cuadro 02 Prueba de chi ^{2}

		P
Chi-cuadrado de Pearson		0,204

5. Toma de decisión

Con un alfa de 5% y valor "P" de 0.204 se da por aceptada la hipótesis nula que dice: "No existe relación de la depresión con el sexo de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015".

4.2 Discusión

- ✓ Con el presente estudio se determinó que si existe relación entre la depresión con el nivel de rendimiento académico en los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015" y además se observa en el valor del estadístico Tao B de Kendall, 0.027, una correlación muy baja, en comparación con el estudio realizado a nivel internacional por Claudia Fouilloux Morales, en donde se afirma que la prevalencia de depresión en estudiantes de medicina es significativamente más alta que la presentada en la población general o en estudiantes de otras licenciaturas y puede dar como resultado el abandono de los estudios.

- ✓ Mientras que a nivel nacional, Gálvez Velásquez Raquel, Larios Rodríguez Laura, Pingo Sánchez Gianina, concluyeron que existe relación entre la depresión y nivel académico, pero que depende más que todo de los grados de depresión.

- ✓ En similitud con otros autores, en cuanto a la edad, se obtiene como resultado, que no guardan relación con la depresión, en parte por la distribución de la muestra, que se esparcen sin distribución central y homogénea; además implica que los estudiantes, no se sienten influenciados por factores de acuerdo a la edad, por lo que sus mayores preocupaciones son sus estudios, pero la edad y los distintos problemas que conllevan de acuerdo a estas etapas, no incide sobre ello, muy por el contrario, la edad es independiente a cualquier tipo de depresión.

- ✓ En relación a la depresión y sexo, el estudio arroja que no existe relación entre éstas, debido a la ocupación del tiempo de estudio en la vida de los individuos, es decir ocupan una gran parte del tiempo del día, los individuos no buscan preocuparse en sus problemas propios de la edad, el entorno social y las cosas propias del sexo, volviéndose estos temas secundarios, por lo tanto en el tema o ámbito estudiantil, la depresión no guarda relación con

el sexo; aunque muchos autores aseguran la relación entre la depresión y el sexo.

- ✓ Al igual que otros estudios a nivel nacional e internacional, se pudo determinar que la depresión y el nivel económico guardan relación directa sobre el estudiante universitario, y es que en su modo de dependiente de este, y al ver sus tiempos copados por completo en los estudios de medicina, no opta por trabajar, a tiempos completos, lo que hace que su compromiso por el estudio sea de una u otra manera, una forma de depresión al carecer con las necesidades básicas del individuo. Pero los estudiantes con nivel socioeconómico de pobre presentaron la frecuencia más baja, en comparación con la clase media que son la mayoría de los casos.

CONCLUSIONES

- La edad que mayor frecuencia tuvo depresión fueron la de 18 - 25 años de edad, porque los alumnos ingresan a edades tempranas y se condesan en edades donde los cursos, adquieren dificultad relativa, además las edades superiores a los 30 años, son menores, porque ya a edad los individuos ha terminado los estudios universitarios. Como se menciona en otros estudios la relación se presenta en muestras de estudiantes de diversas edades, siendo homogénea la distribución, en este caso no es homogénea.
- Los ciclos de V a VIII fueron los de mayor frecuencia, los estudiantes se aglutinan en este ciclo de acuerdo, por la misma carga lectiva que tienen que llevar.
- El nivel económico es medio en la mayoría de los casos estudiado, guarda similitud, con los encontrados en otros estudios cuya depresión fue afectada a cerca de la mitad de la población universitaria, aclarando que muchos factores son los que pueden contribuir a la aparición de síntomas depresivos en los estudiantes. Los más comunes son: el bajo desempeño académico, los estresores sociales, problemas económicos y el ajuste inherente a la transición del contexto familiar al ambiente universitario. (8)
- Pero los estudiantes con nivel socioeconómico de extremadamente pobre presentaron la frecuencia más baja, en comparación con la clase media que son la mayoría de los casos.
- En conclusión, la depresión tiene relación con el rendimiento académico, y afecta directamente a los individuos. En el momento del estudio, se evidencio que aquellos que presentaron algún tipo de depresión, los niveles de rendimiento académico disminuían, lo que evidencia su relación directa. Es de notar y tomar muy en

consideración, que los individuos que estudian en la facultad de medicina, ante la depresión que existe en si ya se por otros factores que lo ocasionan, se dejan influenciar en sus estudios.

- La depresión y el nivel económico guarda relación directa sobre el estudiante y es que en su modo de dependiente de este, y al ver sus tiempos copados por completo en los estudios de medicina, no opta por trabajar, a tiempos completos, lo que hace que su compromiso por el estudio sea de una u otra forma, una forma de depresión al carecer con las necesidades básicas del individuo.
- En el estudio nos muestra que la edad no guarda relación con la depresión en parte por la distribución de la muestra, que se esparcen sin distribución central y homogénea. También implica que los estudiantes, no se sienten influenciados por factores de acuerdo a la edad y que sus mayores preocupaciones son sus estudios, pero la edad y los distintos problemas que conllevan de acuerdo a estas etapas, no incide sobre ello, muy por el contrario, la edad es independiente a cualquier tipo de depresión, según el estudio.
- La relación sobre la depresión y el ciclo que el alumno este cursando, no implica en el estudio, es decir el individuo acepta la realidad, fuera cualquier si hubiera reprobado o no lo hubiera hecho, es de notar que el estudio es en un tiempo largo y determinado, que pudiera haber depresión en el momento, durante una reprobación, mas no dura en el tiempo y mucho menos conlleva a generar una depresión.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar un estudio de casos y controles para determinar los riesgos relacionados con la depresión y el rendimiento académico.
- Realizar un estudio multivariado.
- Que las autoridades de dicha facultad, implementen charlas tutoriales o asignen tutores a las diferentes ciclos y que estos velen por el rendimiento académico, para que así se llegue a la excelencia académica.
- La oficina de Bienestar Social debería apoyar e implementar a los alumnos con bajo rendimiento y con escasos recursos económicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ovuga E, Boardman J, Wasserman D. Undergraduate student mental health at Makerere University, Uganda. World Psychiatry 2006;5(1):51–52.
2. Wong JGWS, Cheung EPT, Chan KKC, Ma KKM et al. Web-based survey of depression, anxiety and stress in first-year tertiary education students in Hong Kong. Aus N Z J Psychiat 2006;40(9):777–782.
3. Liselotte N, Dyrbye MD, Matthew R, Thomas MD et al. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. Acad Med 2006;81(4):354-373.
4. Voelker R. Mounting student depression taxing campus mental health services. JAMA 2003;289:2055–2056.
5. Adewuya AO, Ola BA, Olutayo OA, Mapayi BM et al. Depression amongst Nigerian university students. Prevalence and socio-demographic correlates. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2006;41:674–678.
6. Nerdrum P, Rustøen T, Rønnestad MH. Student psychological distress: a psychometric study of 1750 Norwegian 1st-year undergraduate students. Scand J Educ Res 2006;50(1):95–109.
7. Al-Qaisy L. The relation of depression and anxiety in academic achievement among group of university students. Inter J Psychology Counseling 2011;3(5):96-100.
8. Furr RS, Westefeld SJ, McConnell NG, Jenkins MJ. Suicide and depression among college students: A decade later. Professional Psychology Research Practice 2001;32:97-100.
9. Curtis JR, Curtis TE. A study of dropouts at the University of North Carolina. J Am Coll Health 1999;14:140–146.
10. Adlaf E, Gliksman L, Demers A, Newton B. The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: Findings from the 1998 Canadian Campus Survey. J Am Coll Health 2001;50:67–72.
11. Aktekin M, Karaman T, Yigiter S, Erdem S et al. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. Med Educ 2001;35:12-17.

12.Al-Busaidi Z, Bhargava K, Al-Ismaily A, Al-Lawati H et al. Prevalence of depressive symptoms among university students in Oman. Oman Medical J 2011;26(4):235-239.
13.Sherry S, Notman MT, Nadelson CC, Kanter F et al. Anxiety, depression, and menstrual symptoms among freshman medical students. J Clin Psychiatry 1988;49:490-493.
14.Mikolajczyk RT, Maxwell AE, El Ansari W et al. Prevalence of depressive symptoms in university students from Germany, Denmark, Poland and Bulgaria. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2008;43:105–112.
15.Essau CA, Lewinsohn PM, Seeley JR, Sasagawa S. Gender differences in the developmental course of depression. J Affect Disord 2010;127:185–190.
16.Seva, A. (1983). Salud Mental Evolutiva. Zaragoza: Pórtico.
17.Barcia, D. (1997). Sobre las formas de enfermar en psiquiatría.
18.Gutierrez, J. Ezcurra y P. Pichot (Eds.), Cronicidad en psiquiatría (pp. 57-74). Barcelona: Rubes, Monografias de Neurociencias, Nº8.
19.Page, J.D. (1982). Manual de psicopatología. Barcelona: Paidos. Pajares, F. & Miller, D. (1994). Role of Self-Efficacy and Self- Concept Beliefs in Mathematical Problem Solving: A Path Analysis. Journal of Educational Psychology, 86, 193-203.
20.Vallejo, J. (1998). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (4ª ed.). Barcelona: Masson.
21.Kleinman, A. (1991). Culture and DSM-IV: Recommendations for the introduction and for the overall structure. Pittsburgh: Conference on Culture and DSM-IV.
22.Gracia, D. y Lázaro, J. (1992). Historia de la psiquiatría. En J.L.Ayuso y L. Salvador (Dirs.), Manual de psiquiatría. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España. (pp. 17-31)
23.Ugalde, M. y Lluch, M.T. (1991). Salud Mental. Conceptos básicos. En A. Rigol y M. Ugalde (Eds.), Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica (pp. 47-56). Barcelona: Salvat.
24.Jahoda, M. (1958). Current concepts of positive mental health. Nueva York: Basic Books
25.Tizón, J.L. (1996). Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria. (4ª edic.). Barcelona: Biblaria.
26.Font, J. (1983). Salud y enfermedad mental. En J.L. Tizon y M.T. Rosell (Coords.), Salud Mental y Trabajo Social. Barcelona: Laia. (pp. 92-109)
27.Reiner, R.O., Kaufmann, C.A. & Knowles, J.A. (1996). Genética, Capítulo 2. En Hales, R.E., Yodofsky, S.C. & Talbott, J.A. Tratado de Psiquiatría. 2 da Ed. Ancora, S.A.

28. Rivera Mass, E., Fernández Corner, N., Torres Rivera, A., y Parrilla Cruz, C. (2005). Análisis de la Salud de Puerto Rico, Salud Mental.
29. Scarano, Francisco A. (1999). Puerto Rico: Una historia contemporánea. México: McGraw-Hill.
30. Kent, G. y Gibbons, R. (1987). Self-efficacy and the control of anxious cognitions. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 18, 33-40.
31. Schunk, D. & Zimmerman, B. (1998). Self-Regulated Learning: From Teaching to Self-Reflective Practice. New York: Guilford Press.
32. Ramos Valencia, R. (2003). Estudio Continuo de Salud para los Municipios de Puerto Rico del 2002). Departamento de Salud de Puerto Rico y la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas. Recuperado el 25 de enero de 2008 de
33. http://www.rcm.upr.edu/PublicHealth/bio-epi/Estudio_Continuo.htm.
34. Barklage, N.E. (1991). Evaluation and management of the suicidal patient. Emergency Care Quarterly 7, 9–17.
35. Arco, J.L., Fernández, F.D., Heilborn, V.A. & López, S. (2005). Demographic, academic and psychological profiles of students attending counseling services at the University of Granada, Spain. International Journal for the Advancement of Counseling, 27, 71-85.
36. Crowson, J.J. & Cronwell, R.L. (1995). Depressed and normal individuals differ both in selection and in perceived tonal quality of positive-negative massages. Journal of Abnormal Psychology, 104,305-311.
37. Delbrey Fernández, C. (1979). Indice Cronológico y Alfabético al Boletín Histórico de Puerto Rico. Caguas: Editorial Turabo, Inc.
38. Ewart, C.K. (1992). Role of physical self-efficacy in recovery form heart attack. En R. Sachwarzer (Ed.), Self-efficacy: Thought control of action. Washington: Hemisphere. (pp. 287-304)
39. Arana, L. (1999): Estrategías de Inteligencia Emocional. En Memorías: IX
40. Congreso Nacional de Psicología. Lima: Denis Morzan.
41. Brockert S y Braun G. (1997): Los test de la inteligencia emocional. Ediciones Robinbook S.A. Barcelona- España.
42. Cohen, Jonathan. (2003): La inteligencia emocional en el aula: proyectos, estrategias e ideas. Editorial TROQUEL. Buenos Aires – Argentina.

43. Flores. M, Emilce (2006); Influencia de los Hábitos de Estudio en el rendimiento académico del área de matemática de los alumnos de la I.E.S. de Cabana Perú.
44. Gabel S., Rajeli. (2005): Inteligencia emocional: perspectivas y aplicaciones ocupacionales. ESAN. Lima – Perú.
45. Goleman, Daniel. (2000): El Espíritu Creativo. Editor Javier Vergara. Buenos Aires – Argentina. 11. HERNANDEZ, Pedro y GARCIA, Luis. (1991): Psicología y enseñanza del estudio, Editorial Pirámide – Madrid.
46. LlantadA, M. (1998): Educación y Creatividad. Revista Educación. N° 95/Septiembre – Diciembre/ Segunda Época... p.p. 35 – 45.
47. Maya B. Arnobio. (2003): Inteligencia emocional y educación: una necesidad humana, curricular y práctica. Cooperativa Editorial Magisterio. Bogotá – Colombia.
48. Nino S. Benigno (2006); Inteligencia emocional y el rendimiento académico en los estudiantes de la facultad de arquitectura de la Universidad Nacional del Centro. Tesis de Maestro en Docencia Universitaria; Universidad Nacional del Centro del Perú Huancayo.
49. Orellana, O. (1996): Psicología Educativa II. Texto Autoinstructivo. Programa de Profesionalización docente. Facultad de Educación Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.
50. Salas, Miguel. (1990): Técnicas de estudio para enseñanzas medias y universidad, Editorial Alianza – Madrid.
51. Simmons, Steve. (1998): Como medir la inteligencia emocional. Editorial EDAF. Madrid – España.
52. Tobalino, L., D. (2002): Relaciones entre la Inteligencia Emocional y el Rendimiento Académico de los estudiantes de la Universidad Nacional de Educación "Enrique Guzmán y Valle". Tesis para optar el título de magíster en Educación. Universidad San Martín de Porres.
53. Toledo C. Marilyn (2007) Influencia de la inteligencia emocional y los hábitos de estudio en el rendimiento académico de la estudiantes de la escuela de enfermería.
54. Ugarriza, N. (2001): La Evaluación de la Inteligencia Emocional a través del Inventario de BarOn (I – CE), en una muestra de Lima.Metropolitana Lima.
55. Vicuña, L. y Orihuela (1974): Los Hábitos Inadecuados de Estudio como Factor de Bajo Rendimiento Académico. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.

56. Vildoso G., Virgilio (2003); Influencia de los Hábitos de Estudio y la Autoestima en el rendimiento académico de los estudiantes de la Escuela Profesional de Agronomía de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann., Lima – Perú.

57. VillanuevA, R. (1991): Correlación entre dimensiones de personalidad, hábitos de estudio y rendimiento académico. Tesis para optar el Título de Licenciada en Psicología. Universidad San Martín de Porres. Lima.

58. Pardo. S. Ana (2007); Relación entre la inteligencia emocional y el rendimiento académico en los estudiantes del primer y segundo ciclo de Ingeniería de una universidad particular de Lima. Tesis de Licenciatura en Psicología; Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima 20. PEREZ, T. (1995): Técnicas de estudio. Editorial San Marcos. Lima – Perú.

59. Ponce, C. (1988). Estudio comparativo sobre los hábitos de estudio y su relación con la Inteligencia y la personalidad en grupo de ingresantes a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis para optar el grado de Doctor en Letras. UNMSM. Lima.

60. Pereyra, M. y Mussi, C. (2005). *Sea Feliz, ¿cómo vencer la depresión y controlar la ansiedad?* Montemorelos, Nuevo León: Ed. Montemorelos México.

61. Robert, S. y Lamontagne, Y. (1977). *Depresión. Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta.* Madrid: Debate.

62. Salmuri, F. y Skoknic, V. (2005). Efectos conductuales de la educación emocional en alumnos de educación básica. *Revista de Psicología Universidad de Chile,* 14(001), 9-28.

63. Stephanou, G. (2001). Students classroom emotions: Socio-cognitive antecedents and school performance. *Journal of Research in Educational Psychology,* 9(1), 5-48.

64. Riveros, M., Hernández, H., y Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología,* 10(1).

65. Vázquez, C. y Sanz, J. (1991). *Trastornos depresivos: Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas.* En Belloch A, Sandin, B y Ramos, F. Manual de Psicopatología. (vol. I-II, pp. 342-378). España: McGraw-Hill.

66. Vázquez, C. y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Revista especializada en la psicología clínica y de la salud: trastornos psicológicos, saludenfermedad, prevención y atención a los diferentes niveles asistenciales (primaria, 1.secundaria y terciaria),* 1(10), 59-81.

67. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE HONDURAS DEL VALLE DE SULA (2009).Relación entre el estrés y el rendimiento académico en los estudiantes de la clase de método de investigación I de una vs cursado el III semestre, revista de educación y desarrollo, 2007, p 82.
68. García, J., Espino, A. y Lara, L. (1998). La psiquiatría en la España de fin de siglo. Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental. Madrid: Díaz de Santos.
69. Jefferson, J.W. y Greist, J.H. Trastornos del estado de ánimo en Robert E. Hales, Stuart C. Yudofsky y John A. Talbott. (1996). Tratado de Psiquiatría. 2nd Edition. The American Psychiatric Press.
70. Hernán y Villaroel. Caracterización de algunos factores del alumno y su familia, en escuelas urbanas y su incidencia en el rendimiento académico; 1987
71. Kaczynska, M. El rendimiento académico y la inteligencia. Buenos aires: Editorial Paidós; 1986
72. Novaez, M. Psicología de la actividad escolar. México: Editorial, Iberoamericana; 1986.
73. Chadwick, C. Teoría del aprendizaje. Santiago: Editorial Tecla; 1979.
74. Toro, A. &. (10 de 2010). *Psiquiatric.com*. Recuperado el 10 de 10 de 2014, de Psiquiatric.com:
75. Matud, M. &. (2004). Recuperado el 22 de 07 de 2014, de http://aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-163.pdf
76. Martínez, C. y. (10 de 17 de 2010). *Bajo Rendimiento Académico*. Recuperado el 11 de 04 de 2014, de Bajo Rendimiento Académico: http://tareadeseminario2010.blogspot.com/2010/10/causas-y-consecuencias-del-bajo.html
77. Caballero, M. d. (2005). *Autodidactica*. Recuperado el 11 de 04 de 2014, de Autodidactica.
78. Zung, WW (1965) A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 12, 63-70.

ANEXOS

ANEXOS

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autoeficacia, Depresión y su relación con el Aprovechamiento Académico en Estudiantes Universitarios

DESCRIPCIÓN

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre algunos aspectos relacionados al aprovechamiento académico en estudiantes universitarios. Esta investigación es realizada por Edgardo Hussein Campos Pezo y Gian Alberto Pérez Espinoza.

El propósito de esta investigación es estudiar y analizar las posibles correlaciones entre el aprovechamiento académico, la autoeficacia, la depresión y las variables sociodemográficas.

Usted fue seleccionado para participar en esta investigación y el investigador solicitó al Registrador la cantidad de estudiantes matriculados, cantidad de secciones y procederá a sacar la cantidad de estudiantes necesitados para realizar el estudio. Se realizó un muestreo por conglomerado con el número de secciones matriculadas con su respectiva cantidad de estudiantes. Se espera que en este estudio participen aproximadamente 240 personas como voluntarias.

Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará llenar una batería de pruebas que usted podrá contestar por sí solo/a. Esto le tomará aproximadamente 5 a 10 minutos.

RIESGOS Y BENEFICIOS

Esta investigación conlleva riesgos mínimos. Sin embargo, de usted sentirse incómodo/a al completar el instrumento de investigación o si el investigador así lo observara. Usted podrá entregar el instrumento o el investigador le solicitará que entregue el mismo. Si usted requiere algún servicio de ayuda de un profesional de la conducta humana se le coordinará, de así solicitarlo.

Los beneficios esperados de esta investigación son identificar las variables significativas que se relacionan adecuadamente con el aprovechamiento académico. Esto disminuirá la posibilidad de fracasos en la universidad y aumentará la retención en las universidades.

CONFIDENCIALIDAD

La identidad del participante será protegida ya que esta página se separará de instrumento que usted contestará. Además, toda información o datos que pueda identificar al participante serán manejados confidencialmente. Para esto se tomarán las siguientes medidas de seguridad: se colocará la base de datos en un archivo comprimido encriptado para prevenir el acceso a esta información.

Solamente los investigadores, Edgardo H. Campos Pezo y Gian A. Pérez Espinoza, tendrán acceso a los datos crudos o que puedan identificar directa o indirectamente a un participante, incluyendo esta hoja de consentimiento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estos datos serán almacenados se mantendrá en un archivo bajo llave localizado en Jr. Huancavelica # 313 Coronel Portillo. Además, la información que se procesará electrónicamente se guardará en un archivo comprimido y encriptado en un "pen drive" y se ubicará en el mismo lugar antes mencionado, por un periodo de dos años una vez concluya este estudio.

Luego de este tiempo se destruirá esta información a través de un triturador de papeles y se borrará información contenida en el disco compacto.

DERECHOS

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad.

También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con **Edgardo H. Campos Pezo al (# 979 – 56 – 98-50) o Gian Pérez Espinoza (961607341)**

De tener alguna pregunta sobre sus derechos como participante o reclamación o queja relacionada con su participación en este estudio puede comunicarse con la Facultad De Medicina Humana en la Universidad Nacional de Ucayali.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Nombre del participante

Firma

Fecha

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante. Le he explicado los riegos y beneficios del estudio.

Edgardo H. Campos Pezo Gian A. Pérez Espinoza

Nombre de los investigadores

Firma

Fecha

CARTA DE PRESENTACIÓN

El investigador de este estudio desea conocer la relación que existe entre "La autoeficacia Percibida, el Nivel de Depresión y el Aprovechamiento Académico en Estudiantes Universitarios". Este estudio tiene como objetivo principal describir y explicar los aspectos psicosociales relacionados al aprovechamiento académico en los(as) estudiantes universitarios.

Para la realización de esta investigación se han seleccionado a los participantes utilizando un muestreo por conglomerado. Este consistió en la selección de algunas secciones registradas en la Facultad de Medicina Humana. A los(as) estudiantes que acepten participar en la investigación su participación es de carácter voluntario, estrictamente confidencial y anónimo. Además, en cualquier momento que sienta incomodidad puede abandonar el proceso. Solamente el investigador tendrá acceso a la información obtenida.

Por lo que solicitamos tu desinteresada colaboración. La participación consistirá en llenar un cuestionario que contiene dos (2) escalas y una planilla sociodemográfica. La misma se puede contestar en un tiempo entre 5 a 10 minutos.

Cordialmente.

Edgardo H. Campos Pezo Gian A. Pérez Espinoza

Investigadores

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. D.

POR W. W. K. ZUNG

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN EN LOS ALUMNOS DE MEDICINA HUMANA UNU PARA EVALUAR DEPRESIÓN

1. DATOS PERSONALES

Edad: _____ Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )

Semestre_____ Código de Alumno_____

Ingreso economico:_____

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL CUESTIONARIO

Por favor, señale una respuesta de cada una de las siguientes aseveraciones, en los últimos ciclos de estudios en la Facultad de Medicina Humana. Conteste marcando con una X en el espacio adecuado en la columna que mejor corresponda a su preferencia:

		Nunca o Casi Nunca	A Veces	Con Bastante Frecuencia	Siempre o Casi Siempre	Puntos
1	Me siento abatido y melancólico.					
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.					
3	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.					
4	Duermo mal.					
5	Tengo tanto apetito como antes.					
6	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.					
7	Noto que estoy perdiendo peso.					
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.					

9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.					
10	Me canso sin motivo.					
11	Tengo la mente tan clara como antes.					
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.					
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estarme quieto.					
14	Tengo esperanza en el futuro.					
15	Estoy más irritable que antes.					
16	Me es fácil tomar decisiones.					
17	Me siento útil y necesario.					
18	Me satisface mi vida actual.					
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.					
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.					
TOTAL DE PUNTOS						

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. A.

POR W. W. K. ZUNG

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN EN LOS ALUMNOS DE MEDICINA HUMANA UNU PARA EVALUAR DEPRESIÓN

1. DATOS PERSONALES

Edad: _____ Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )

Semestre_____ Código de Alumno_____

Ingreso economico:_____

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL CUESTIONARIO

Por favor, señale una respuesta de cada una de las siguientes aseveraciones, en los últimos ciclos de estudios en la Facultad de Medicina Humana. Conteste marcando con una X en el espacio adecuado en la columna que mejor corresponda a su preferencia:

		Nunca o Casi Nunca	A Veces	Con Bastante Frecuencia	Siempre o Casi Siempre	Puntos
1	Soy más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.					
2	Me siento con temor sin razón.					
3	Despierto con facilidad o siento pánico.					
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.					
5	Siento que todo está bien y que nada malo puede suceder					
6	Me tiemblan las manos y las piernas.					
7	Me mortifican los dolores de la cabeza, cuello o cintura.					
8	Me siento débil y me canso fácilmente.					
9	Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente.					
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.					

11	Sufro de mareos.					
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.					
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente					
14	Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies.					
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.					
16	Orino con mucha frecuencia.					
17	Generalmente mis manos están sacas y calientes.					
18	Siento bochornos.					
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche					
20	Tengo pesadillas.					
TOTAL DE PUNTOS						

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W. Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo.

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

El rango de calificación es de 20-80.

- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido

UNIVERSIDAD NACIONAL DE
BIBLIOTECA CENTRAL
U N U

MATRIZ DE CONSISTENCA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADOR	INSTRUMENTO	FUENTE
¿Cuál es la relación de la depresión con el nivel de rendimiento académico, en estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015?.	Determinar la relación de la depresión con el nivel de rendimiento académico, en estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.	Existe relación de la depresión con el nivel de rendimiento académico, en estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 -2015.	Depresión Rendimiento académico	Sin depresión Leve Moderada Grave Deficiente Aceptable Bueno Excelente	Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung	Cuestionario
¿Cuál es la relación de la Depresión y el nivel económico de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015?	Medir la relación de la Depresión y el nivel económico de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.	Existe relación de la depresión y el nivel económico de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.	Depresión Nivel económico	Sin depresión, leve, moderada, grave. Extremadamente pobre Pobre Medio Alto	Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung	Cuestionario

¿Cuál es la relación de la Depresión y grupo etario, de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015?	Analizar la relación de la Depresión y grupo etario, de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.	Existe relación de la Depresión y grupo etario, de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.	Depresión Grupo Etario	Sin depresión, leve, moderada, grave. < 18 años 18 - 25 años 25 - 30 años > 30 años	Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung	Cuestionario
¿Cuál es la relación de la depresión y ciclo académico de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015?	Cuantificar la relación de la depresión y ciclo académico de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.	Existe relación de la depresión y ciclo académico de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.	Depresión Ciclo académico	Sin depresión, leve, moderada, grave. 1 – 4 ciclo 5 – 8 ciclo 9 – 11 ciclo 12 – 14 ciclo	Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung	Cuestionario
¿Cuál es la relación de la depresión y el sexo de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015?.	Analizar la relación de la depresión y el sexo de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.	Existe relación de la depresión y el sexo de los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Ucayali, trienio 2013 - 2015.	Depresión Sexo	Sin depresión, leve, moderada, grave. Masculino Femenino	Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung	Cuestionario