

Relación entre depresión en el adolescente y rendimiento académico

PATRICK J. FONSECA¹ AMERICO REYES TICAS²

Introducción: Después de largos debates es bien sabido ahora que los niños y los adolescentes sufren también de síntomas depresivos, y que al igual que los adultos, tiene múltiples causas así como diversos efectos en varios aspectos de sus vidas. El desempeño laboral, y específicamente lo académico, se ve alterado debido a los trastornos del afecto. **Objetivo:** El presente estudio tuvo por objetivo establecer una relación entre el bajo rendimiento académico y depresión en los adolescentes de dos institutos de secundaria. **Metodología:** Se escogieron dos centros educativos, uno privado y otro público, ambos con características similares en cuanto a edad y grado cursado. Fueron evaluados a través del Inventario de Depresión de Beck (versión 21 ítems, puntaje > 11), previo consentimiento informado. Además se solicitó a la dirección de cada centro las notas más recientes de cada alumno. **Resultados:** Se obtuvo una muestra de 163 alumnos de ambos sexos (74 de un instituto público y 89 de uno privado), con un promedio de edad de 16 años. El sexo femenino fue el más vulnerable en ambos centros. Se encontró una prevalencia de 24.64% de depresión en los alumnos reprobados en el instituto privado; mientras que en el centro escolar público la prevalencia de depresión en reprobados fue de 0.76%. **Conclusión:** se encontró una relación significativamente alta respecto a los datos internacionales de depresión y bajo rendimiento (reprobación), pero solo en el centro escolar privado. Sin embargo, no se encontró significado estadístico entre ambas variables; por lo que es necesario investigar otros factores involucrados en el origen del bajo rendimiento.

Hasta hace poco tiempo la depresión en niños y adolescentes no había recibido demasiada atención. Sin embargo, el interés ha ido en aumento de una forma muy clara. Esto puede deberse a una serie de influencias. Los prometedores adelantos producidos en la identificación y el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo en los adultos han desempeñado un papel importante. Además, las mejoras en las prácticas de diagnóstico han facilitado la aplicación de los criterios de diagnóstico a los niños y adolescentes. La aparición de una serie de instrumentos de medida de la depresión también ha permitido a los investigadores examinar el fenómeno en poblaciones de niños y adolescentes tanto clínicas como normales. Así mismo, la nueva perspectiva de la psicopatología evolutiva presta una mayor atención a la depresión en los niños y adolescentes (1).

De hecho, había debates acerca de la depresión en niños y adolescentes. Algunos clínicos argumentaban que no podía ocurrir porque en el desarrollo del superego (teoría Freudiana) la depresión debía ocurrir antes, y la formación del superego no existía jóvenes (2). Más recientes datos demuestran que la depresión puede ocurrir en niños de seis años (3).

En el uso diario, por el término *depresión* se entiende la experiencia de un estado de ánimo generalizado de infelicidad. Esta experiencia subjetiva de tristeza o disforia es, asimismo, una característica fundamental de la definición clínica

de la depresión. Las descripciones de niños y adolescentes que se consideran depresivos sugieren que, además, estos manifiestan otros problemas. Suele observarse una pérdida de la experiencia de placer, retraimiento social y conducta antisocial, baja autoestima, incapacidad para concentrarse, trabajos escolares insuficientes, alteraciones en la Funciones biológicas (dormir, comer, evacuar-incluyendo el aumento y baja de peso), síntomas somáticos y abuso de alcohol y otras drogas (4) (5).

En la generalidad de los estudios, los índices de prevalencia de la depresión mayor entre niños y adolescentes oscilan entre el 2 y 5 %. En poblaciones clínicas, las estimaciones suelen fluctuar entre el 10 y 20 % (6). Otros mencionan más específicamente entre 15 y 20 % y como ya se mencionó, la depresión afecta todas las esferas del individuo, reportándose de un 6% a un 28.3 % en estudiantes de secundaria (7) en un estudio hecho en el 2004. En Estados Unidos, se encontró un 28 % en los "high school", reportando además un 19 % de intentos suicidas y un 9% de intentos en el último año. El noveno, décimo y décimo – primer grado, tuvieron más altos porcentajes que los grados superiores. Y los hispanos, tuvieron significativamente más altas probabilidades de intentos suicidas (12.1 %) que los estudiantes de raza negra (8.8%) y blanca (7.9%) (8).

Las chicas tienen dos veces más riesgo de sufrir síntomas depresivos que los varones, incluyendo ideas e intentos suicidas (9); y esta diferencia

emerge entre los 12 y 14 años. Un modelo sugiere que las adolescentes y mujeres jóvenes, tienen más susceptibilidad a exhibir un estilo cognitivo caracterizado por auto evaluaciones negativas y rumiación, lo cual las predispone a la depresión (10). También reportan más síntomas somáticos que los varones, tales como aumento del apetito y de peso, alteraciones del sueño retardo psicomotor y somatización (11). Mientras que los varones exhiben más irritabilidad.

El suicidio es la tercera causa de muerte en Estados Unidos en personas jóvenes entre los 15-24 años, frecuentemente asociados con la depresión (12, 13). La depresión que inicia en la infancia tiene un 60-70 % de riesgo de continuar en la vida adulta (y un 24% de ellos desarrolla trastorno bipolar en los próximos cinco años) (13).

Los estudiantes con depresión, tienen más alteraciones cognitivas que características clínicas, como pérdida de la concentración, pesimismo, autorreproches, autorrechazo, y pérdida de la energía. Algunos estudios consideran que los síntomas somáticos, como trastornos del sueño y del apetito, no son indicadores tan fiables como los factores sociales y habilidades académicas afectadas, a evaluar en esta población (8).

Hipótesis:

Los adolescentes alumnos del Plan Básico de Secundaria con bajo rendimiento académico de los Institutos "INTAE" y "José Martí", tienen depresión.

Metodología:

Estudio descriptivo transversal sobre depresión en alumnos adolescentes del Plan Básico de Secundaria de dos Institutos de la capital del país, uno público y otro privado, durante el tercer trimestre del año 2006. Se aplicó en forma voluntaria el instrumento Inventario de Depresión de Beck, previo consentimiento informado de los alumnos, entre los 14 a 18 años, padres y del director de cada centro. Se les explicó en forma breve en que consistía el diagnóstico de depresión. Se solicitó la nota promedio de cada alumno, guardando la secretividad de la misma, la cual se relacionó con el valor obtenido en la escala de depresión, para observar si había relación entre estos factores. Se tomó como bajo rendimiento académico, si el estudiante tenía al menos una clase reprobada. Los datos fueron evaluados a través del programa SPSS, versión 12.0.

Resultados.

Se entrevistaron a los alumnos de ambos institutos en la jornada vespertina. En el "INTAE", la población fue de 402 alumnos, con una edad promedio de 16 años, siendo la muestra de 74 alumnos: 42 del sexo femenino y 32 del masculino. En el Liceo "José Martí", la población fue de 167, con una edad promedio de 16 años; siendo la muestra de 89 alumnos: 50 del sexo femenino y 39 del sexo masculino. En la tabla 1, se observa la cantidad de los alumnos con depresión y la severidad de la misma, en cada instituto.

Tabla # 1.
Relación de la gravedad de depresión entre ambos institutos.

DEPRESION	Leve	Moderada	Severa	TOTAL
INTAE	11	3	2	16
JOSE MARTI	17	10	7	34

En el "INTAE" de los 74 alumnos, 19 (14%) estaban reprobados, pero solo 4 (72%) de estos tenían depresión; 12 de los aprobados mostraron depresión. El sexo femenino fue afectado en un 23.8%. Mientras que en el "José Martí", de los 89 alumnos, 77 (68.53%) estaban reprobados; de ellos 32 (24.64%) presentaron algún grado de depresión. Dos alumnos aprobados mostraban depresión. Igualmente el sexo femenino resultó más afectado con un 73.5 %.

En la tabla número 2 y 3 se presenta el tratamiento estadístico de los resultados. Se refleja allí, que el Chi cuadrado calculado no resultó ser ni igual ni mayor al Chi crítico, en ninguno de los dos casos, con el consiguiente significado estadístico que ello implica.

Tabla # 2.
Relación de depresión y rendimiento en el INTAE

	Alumnos	Reprobados	Aprobados
Con depresión	f0	4	12
	fe	4.11	11.89
	χ^2	0.037	0.013
Sin depresión	f0	15	43
	fe	14.89	43.11
	χ^2	0.010	0.004
Total	19	55	

χ^2 calculado 0.64 (χ^2 CRITICO 3,6415) P = 0.5004
fo= frecuencia observada; fe=frecuencia esperada.
 χ^2 = Chi cuadrado

Tabla # 3.
Relación de depresión y rendimiento en el Liceo "San Martí"

	Alumnos	Reprobados	Aprobados
Con depresión	f0	32	2
	fe	29.42	4.58
	χ^2	0.148	0.948
Sin depresión	f0	45	10
	fe	47.58	7.42
	χ^2	0.091	0.586
Total	77	12	

χ^2 calculado 1.772 (χ^2 CRITICO 3,8415)

P = 0.5004

Discusión.

El estudio tenía por hipótesis comprobar que la depresión tenía algún elemento explicativo del bajo rendimiento en la población evaluada. Pero de lo ya mencionado, el Chi cuadrado calculado no resulto ser ni igual ni mayor que el Chi critico; por lo tanto la hipótesis es rechazada. Si bien es cierto se encontraron casos de depresión, estos datos no fueron estadísticamente significativos para aceptar que el rendimiento se vea mermado o afectado por la presencia de depresión. Aunque hay que aceptar que los casos son mas altos-en porcentaje- que los datos internacionales, en el caso del instituto privado (6, 7). Otra observación importante, es que la cantidad de casos no fue tan grande, pero llama la atención que los mayoría de ellos, se hayan presentado en el instituto privado, donde se asume, que por tener una adecuada posición económica, los alumnos estudian en un colegio privado y que tienen mayormente satisfechas sus necesidades básicas como factor (relativo) protector ante los trastornos afectivos; por supuesto, esto esta sujeto a otras interpretaciones. Es posible tenga relación también con el hecho y según la información brindada por las autoridades del Instituto "José Martí", la presencia de alumnos que han sido rechazados de otros colegios y repitentes, por lo que se debe tomar en cuenta otros factores, que se mencionan adelante.

Por otro lado, el número de materias reprobadas, no se refleja ante la severidad de los síntomas depresivos; es decir, los alumnos que resultaron con depresión severa, no tenían mayor cantidad de materias reprobadas, que el resto de los alumnos con depresión. Estadísticamente esto también se comprueba.

Otro factor importante es que la escala de Depresión de Beck, es un instrumento que solo recoge en forma transversal la sintomatología y no el curso o evolución de la misma. Por otro lado, el estudio se realizo fuera de periodos de examen y las notas recabadas y disponibles, reflejaban el

rendimiento de los alumnos de más de un mes atrás; es decir no eran tan actuales.

Varios autores establecen otras causas del bajo rendimiento académico; tal como, la influencia del IQ y la instrucción materna, como un rol importante en el desempeño temprano en la escuela, sobre todo en niños que presentan problemas escolares (7). Además, la estabilidad del seno familiar establece no solo problemas de ansiedad, baja autoestima y depresión, sino también repercusiones negativas en el rendimiento escolar, sobre todo en los niños varones. Además, historia personal o familiar de depresión en los padres, junto con intentos suicidas y factores cognitivos (3, 13). Otros autores, centran sus explicaciones en factores de índole social (deterioro de la función social); abuso de sustancias; falta de disciplina en el hogar, insatisfacción familiar, deterioro interpersonal, rasgos de personalidad antisocial, trastorno borderline de la personalidad, falta de pertenencia escolar, etc. (10, 11, 14).

Conclusiones.

El presente estudio no encontró relación estadística entre depresión y bajo rendimiento académico; y a pesar que clínicamente si se detectaron casos, no se reflejo la severidad de la depresión con el numero de materias reprobadas, siendo esta la variable tomada para medir el bajo rendimiento. Sin embargo, se confirma que es el sexo femenino, el más vulnerable para presentar el trastorno, incluso en porcentaje más alto que la literatura internacional. Se debe tomar en cuenta que la mayoría de la población era femenina. Se deberá entonces investigar más a fondo otros factores que expliquen el bajo rendimiento de nuestra población estudiantil.

Bibliografía.

- (1) Wicks-Nelson, Rita; Israel, Allen C. *Sicopatología del niño y del adolescente*. Tercera edición. Prentice Hall. España 1997.
- (2) Nelms, Bobbie Crew. "Childhood depression: Be on the alert." *J Pediatric Health*. 171(2003)161-162.
- (3) Gartstein, Maria A., et al. "Parental depression, parenting and family adjustment, and child effortful control: explaining externalizing behaviors for preschool children". *Applied Development Psychology*. 24 (2003) 143-177.

- (4) Steingard, Ronald J. "The neuroscience of depression in adolescent" *Journal of Affective Disorders*. 61 (2003) S15-S22.
- (5) Valentiner, David P; et al. "Panic attack, depression and anxiety symptoms, and substance use behaviors during late adolescence." *Journal of Affective Disorders*. 18 (2004) 573-585.
- (6) Tang, Beth; et al. "Depression and rol impairment among adolescent in primary care clinics". *Journal of Adolescent Health*. 37 (2005)471-483.
- (7) Supplee, Lauren, H, et al. "Family and child influences on early academic and emotion regulatory behaviors". *Journal of School Psychology*. 42 (2004) 221-242.
- (8) Hallfors, Denise, et al. "Adolescent Depression and Suicide Risk. Association with sex and drugs behaviors." *Am J Prev Med*. 2004; 27;(3).
- (9) Khawaga, Nigar G; Bryden, Kelly J. "The development and psychometric investigation of the university students depression inventory". *Journal of affective Disorders*. 2006.
- (10) Abramson, Lyn Y; et al. "Suicidality and cognitive vulnerability to depression among college students: a prospective study." *Journal of Adolescent*. 21(1998) 873-487.
- (11) Bennett, David S, et al. "Gender differences in adolescents depression: Do symptoms differ for boys and girls?" *Journal of Affective Disorders*. 89 (2005) 35-44.
- (12) Gilman, Richi; Anderman, Eric M. "The relationship between relative levels of motivation and intrapersonal, interpersonal, and academic functioning among older adolescents". *Journal of School Psychology*. 2006.
- (13)Weller, Elizabeth; Weller, Ronald A. "Depression in adolescents growing pains or true morbidity?" *Journal of Affective Disorders*. 61. (2000)S9-S13.
- (14) Chelminski, Iwara; et al. "An analysis of the 'eveningness-morningness' dimension in 'depressive' college students". *Journal of Affective Disorders*. 52 (1999) 19-29.

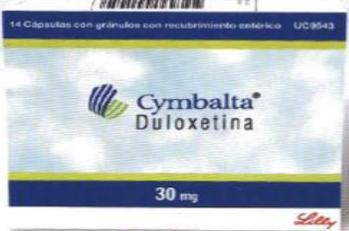


Cymbalta®
duloxetina HCl

El único antidepresivo de primera línea con mecanismo de acción:

**DOBLE
POTENTE
BALANCEADO**

Informa al gremio Médico y Farmacéutico el lanzamiento de su nueva presentación de 30 mg



14 Capsulas con gránulos con recubrimiento estéril UC9543

Cymbalta®
Duloxetina

30 mg

Ideal para pacientes:

- De poblaciones especiales (insuficiencia renal)
- Que requieren de dosis de 90 mg
- Que se puedan beneficiar en la discontinuación del tratamiento utilizando 30 mg después de completar su tratamiento con 60 mg (6 a 9 meses)