



Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Escuela de Psicología Clínica

“Prevalencia de síntomas clínicos y su influencia en el rendimiento escolar en adolescentes de primero de bachillerato de la Unidad Educativa “Juan Bautista Vázquez”.

Estudio a realizarse en la Unidad Educativa “Juan Bautista Vázquez”

Trabajo de graduación previo a la obtención del Título de Psicóloga Clínica

Autora: Jessica Maritza Terán González

Director: Mgtr. Juan Sebastián Herrera Puente

Cuenca-Ecuador

2019

DEDICATORIA

Dedico esta investigación

a mi mamá Betty, Belén y Edwin.

Los amo con todo mi corazón.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por la salud y las bendiciones, por permitirme alcanzar uno de mis más
grandes sueños.

A mi mamá Betty, por ser el pilar fundamental de mi vida. Gracias por su amor y
sacrificio, por sus cuidados y enseñarme todo lo que mejor supo; gracias por creer en mis
sueños, sin ti no lo hubiera logrado.

A mi hermana Belén, por sus cariños, por sus risas y alegría. Gracias por ser mi compañera
en esta vida.

A mis tíos Pato he Isa, los hermanos que la vida me regaló. Gracias por creer en mi
capacidad de superación y por quererme tanto.

A mis amigas, por brindarme su apoyo y sus palabras de aliento cuando más lo necesitaba.

Sin mi familia de sangre, de corazón y de camino nada de esto hubiese sido posible,
gracias...

Finalmente, agradezco a la Universidad del Azuay y a mi tutor Mgtr. Sebastián Herrera por
ser mentor y guía a lo largo de este trabajo de investigación.

ÍNDICE GENERAL

<i>DEDICATORIA</i>	II
<i>AGRADECIMIENTO</i>	III
<i>ÍNDICE GENERAL</i>	IV
<i>ÍNDICE DE TABLAS</i>	VI
<i>RESUMEN</i>	VIII
<i>ABSTRACT</i>	IX
<i>INTRODUCCIÓN</i>	1
CAPÍTULO 1: Fundamentos Teóricos	3
1.1 La Adolescencia	3
1.1.1 Conceptos.....	3
1.1.2 Bases teóricas de la adolescencia.....	4
1.1.3 Cambios durante la adolescencia.....	5
1.2 Psicopatología en los adolescentes	7
1.3 Rendimiento académico en los adolescentes	13
1.3.1 Concepto.....	13
1.3.2 Los estándares de calidad educativa del Ecuador.....	14
1.3.3 Calificación de los Aprendizajes del Reglamento de la LOEI.....	15
1.3.4 Relación de problemas psicológicos con el rendimiento académico en adolescentes.....	16
CAPÍTULO 2: Metodología y Resultados	18

2.1 Objetivo general	18
2.2 Objetivos específicos	18
2.3 Metodología	18
2.3.1 Tipo de estudio.....	18
2.3.2 Población.....	18
2.3.3 Criterios de inclusión.....	19
2.3.4 Criterios de exclusión	19
2.4 Instrumentos	19
2.4.1 Inventario de Síntomas SCL-90-R	19
2.5 Procedimiento de la investigación	20
CAPÍTULO 3: Resultados	21
3.1 Resultados estadísticos	21
3.1.1 Variables sociodemográficas.....	21
3.1.2 Estudiantes con supletorios.....	22
3.1.3 Estudiantes con síntomas clínicos.....	25
3.1.4. Síntomas clínicos más frecuentes.....	33
3.1.5 Relación entre síntomas clínicos y rendimiento académico.....	43
CAPÍTULO 4	52
4.1 Discusión	52
4.2 Conclusiones	55
4.3 Recomendaciones	57
Referencias	58
Anexos	61

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Sexo de los estudiantes.....	21
Tabla 2. Estudiantes con supletorios.....	22
Tabla 3. Cruce sexo y supletorios.....	22
Tabla 4. Numero de supletorios.....	23
Tabla 5. Sexo y numero de supletorios.....	24
Tabla 6. Estudiantes que tienen síntomas.....	25
Figura 6. Cálculo somatización.....	25
Tabla 7. Cálculo Obsesiones.....	26
Tabla 8. Cálculo Sensibilidad interpersonal.....	27
Tabla 9. Cálculo Depresión.....	28
Tabla 10. Cálculo Ansiedad.....	29
Tabla 11. Cálculo Hostilidad.....	30
Tabla 12. Cálculo Ansiedad Fóbica.....	30
Tabla 13. Cálculo Ideación Paranoide.....	31
Tabla 14. Cálculo Psicoticismo.....	32
Tabla 15. Síntomas clínicos más frecuentes.....	32
Grafico 15. Síntomas clínicos más frecuentes.....	32
Tabla 16. Cruce sexo y somatización.....	33
Tabla 17. Cruce sexo y obsesiones.....	34
Tabla 18. Cruce sexo y sensibilidad interpersonal.....	35
Tabla 19. Cruce sexo y depresión.....	36

Tabla 20. Cruce sexo y ansiedad.....	37
Tabla 21. Cruce sexo y hostilidad.....	38
Tabla 22. Cruce sexo y ansiedad fóbica.....	39
Tabla 23 Cruce sexo e ideación paranoide.....	40
Tabla 24. Cruce sexo y psicoticismo.....	41
Tabla 25. Supletorios y somatización.....	42
Tabla 26. Supletorios y obsesiones.....	43
Tabla 27. Supletorios y sensibilidad interpersonal.....	44
Tabla 28 Supletorios y depresión	45
Tabla 29. Supletorios y ansiedad.....	46
Tabla 30. Supletorios y hostilidad.....	47
Tabla 31. Supletorios y ansiedad fóbica.....	48
Tabla 32. Supletorios e ideación paranoide.....	49
Tabla 33. Supletorios y psicoticismo.....	50
Tabla 34. Tabla cruzada Supletorios*Calculo Psicoticismo.....	51

RESUMEN

El presente proyecto tuvo como objetivo conocer la prevalencia de síntomas clínicos y su influencia en el rendimiento escolar en adolescentes del primero de bachillerato de la Unidad Educativa “Juan Bautista Vázquez”, debido a que en este establecimiento existen problemas psicológicos y bajo rendimiento en los adolescentes. Para este propósito se utilizó una muestra de 145 estudiantes. Esta investigación responde al enfoque cuantitativo, correlacional de corte transversal; como instrumento de evaluación se utilizó el Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis, el cual evalúa patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como en diagnóstico clínico. Los resultados del SCL 90R-C demostraron, que 70 estudiantes presentan síntomas clínicos, lo que representa el 48,3% de la población investigada; y el 51,7% no tiene síntomas clínicos. Así mismo, el estudio mostró que el bajo rendimiento académico es notable en la mayoría de adolescentes. El 62,8 % de estudiantes se quedaron en supletorios.

ABSTRACT

This project aimed to determine the prevalence of clinical symptoms and their influence on the school performance of adolescents of the first year of high school of the Unidad Educativa “Juan Bautista Vázquez”. This was due to psychological problems and poor performance in adolescents of this institution. A sample of 145 students was used. This research responds to the quantitative, correlational and transversal approach. The SCL-90-R Symptom Inventory of L. Derogatis was used as an evaluation instrument to evaluate present symptom patterns, which can be used both in community tasks and in clinical diagnosis. The results of SCL 90R-C showed that 48.3% of the investigated population had clinical symptoms and 51.7% had no clinical symptoms. Likewise, the study showed that poor academic performance is notable in most adolescents. 62.8% of students had supplementary test.




Translated by

Ing. Paúl Arpi

Introducción

La adolescencia es una etapa importante ya que presenta cambios físicos y estos van acompañados de cambios psicológicos. El adolescente, muchas veces en esta edad es incapaz de sobrellevar esta etapa, puede presentar problemas de baja autoestima y estrés. Por lo tanto es común la aparición de síntomas clínicos, afectando de manera notable a la vida del adolescente y produciendo en algunas ocasiones deterioro cognitivo y discapacidad (Infogen, 2015).

Actualmente, según el Ministerio de Salud Pública (MSP), en enero de 2018 se atendieron 42.823 casos. La mayoría, con trastornos: afectivos, neuróticos y de estrés. Es decir, el país va con la tendencia mundial, pues la OMS estima que 300 millones de personas están deprimidas (Monroy, 2018). Así mismo, un informe de Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que Ecuador es el undécimo país con más casos de depresión y el décimo por casos de desórdenes de ansiedad en Latinoamérica (Sanitaria, 2017).

Mediante este proyecto, se busca relacionar las variables clínicas y rendimiento académico. Se evaluará e identificará síntomas clínicos como depresión, ansiedad, hostilidad, obsesiones, somatizaciones y psicoticismos.

Por medio de los resultados obtenidos, se podrá ayudar a través del departamento de Consejería estudiantil de la institución con tratamientos tempranos, para prevenir que dichos síntomas no interfieran en la vida presente y futura del adolescente.

En el primer capítulo se resume los conceptos y bases teóricas de la adolescencia, el rendimiento escolar. Además, se describen la relación de problemas psicológicos con el rendimiento escolar.

En el segundo capítulo se habla de la metodología aplicada en la presente investigación. Se detallan los criterios de inclusión y exclusión, las herramientas usadas.

En el tercer capítulo, se muestran los resultados obtenidos luego de haber trabajado con 145 estudiantes. Finalmente se expone la discusión con otras investigaciones similares, conclusiones y recomendaciones en base a los resultados obtenidos en el estudio.

CAPÍTULO 1

Fundamentos teóricos

1.1 Adolescencia

1.1.1 Concepto

Según, la OMS define la adolescencia como “el período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años” (OMS, 2011).

Jung (1960) conceptualiza a la adolescencia como un periodo de estrés y conflictos intrapsíquicos. Menninger (1968) y Hurlock (1968), señalan que la adolescencia es una etapa del desarrollo humano, caracterizado por los conflictos en las relaciones personales (Ardilla, 1980).

Se trata de uno de los periodos más relevantes de la vida del ser humano, es la preparación para la vida adulta. Los jóvenes presencian maduración física, sexual y emocional; es la etapa en la que se presentan nuevas responsabilidades y por lo tanto existe independencia. Sin embargo, esta etapa se considera un momento de riesgo, puesto que el adolescente puede adoptar conductas dañinas, como puede ser el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas; aislamiento, tristeza y problemas emocionales. Indudablemente, la adolescencia se asocia con la capacidad de adquirir funciones adultas, pero también involucra diversos problemas de adaptación y es por eso que la familia y la sociedad tienen la responsabilidad de representar un apoyo fundamental en la vida del adolescente (UNICEF, 2002).

1.1.2 Bases teóricas de la adolescencia

Históricamente la adolescencia y pubertad tiene diferentes definiciones de acuerdo a varios autores científicos. Stanley Hall (1904), inicio el estudio científico del desarrollo del adolescente. Hall se refería a que la adolescencia es la etapa comprendida entre los 13 y los 23 años de edad y creía que este periodo prevalece la “tempestad y el estrés”. Afirmaba que los adolescentes son dominados por los conflictos y los cambios anímicos, es decir el estado del sujeto fluctúa entre la energía y el letargo, la alegría y la depresión. Así, pues un adolescente puede ser desagradable con un amigo en un momento determinado y amable inmediatamente después.

Por su parte, Anna Freud (1946) determinaba a la adolescencia como un “periodo de desequilibrio psíquico conflicto emocional y conducta errática”. Según la autora, existen dos tipos de mecanismos de defensa para esta etapa:

- La intelectualización: Minimizar el problema, toma distancia de la situación, como si dicho problema no le afectase.
- Ascetismo: renunciar a situaciones que le producen gozo.

Anna, consideraba que la resolución de problemas en esta etapa dependía de los impulsos del ello, del yo y del superyó. Manifiesta, que, durante la adolescencia, existe un mayor interés en la genitalidad y los impulsos sexuales. En la adolescencia, debe existir una armonía entre las tres instancias psíquicas (Muñoz, 2000).

Por otro lado, el psicólogo y psicoanalista Erik Erikson (1996), manifiesta que “la adolescencia es definida como el periodo en el que se produce la búsqueda de la identidad que define al individuo para toda su vida adulta”. Su teoría es llamada “Teoría Psicosocial”,

en la adolescencia se da una crisis de identidad. Para llegar a esta etapa de crisis de identidad, el adolescente debió haber superado las cuatro etapas previas. Por tanto, en la infancia, haber logrado Confianza; en la niñez temprana; Autonomía: en el estadio del juego, Iniciativa; y en la etapa escolar Laboriosidad y Competencia. En el periodo de la adolescencia, el sujeto está preocupado en mostrar una buena imagen frente a los demás, la fuerza básica de este estadio es la fidelidad (Ives, 2014)

Según Piaget (1985), “el carácter fundamental de la adolescencia es la inserción del individuo en la sociedad de los adultos”. Desarrolló la Teoría del desarrollo cognitivo, se centra en la percepción, la adaptación, y la manipulación del entorno que le rodea; en la adolescencia habla del estadio de operaciones formales, en esta etapa la persona es capaz de razonar hipotéticamente y deductivamente. Los adolescentes empiezan a razonar más, siendo capaces de resolver problemas.

1.1.3 Cambios durante la adolescencia

En la adolescencia, se dan importantes cambios anatómicos, fisiológicos y emocionales. Entre los cambios emocionales, están presente el aislamiento, cambios de humor muy bruscos, preocupación excesiva por la aceptación de los demás; esto puede generar o crear conflictos en sus lazos familiares y sociales. Las emociones cambiantes son muy comunes, puesto que pueden pasar de la tristeza a la alegría (Verano, 2016).

Otro de los primeros signos que indican el inicio de la adolescencia, son los cambios físicos. Entre ellos:

- El crecimiento repentino: los adolescentes empiezan a crecer de manera rápida, la etapa de crecimiento en las chicas termina entre los 14 y 15 años, mientras que en los jóvenes termina a los 18 años de edad.
- Cambios de la composición y desarrollo de órganos y sistemas: durante esta época se da el aumento de varios órganos (corazón, hígado, riñones, bazo), la pelvis de las chicas se ensancha, y los hombros en los chicos. Según los estudios de Giedd (2004), afirma que el cerebro humano no completa su maduración hasta los 25-30 años, lo cual significa que existen alta probabilidades de mejorar situaciones negativas que se llevaron a cabo en los primeros años de vida. Por otra parte, los estudios de Tanner (1962), manifiesta que el primer signo puberal en las mujeres es el aumento del botón mamario. En los varones, la pubertad puede darse dos años después que las chicas y el primer signo puberal es el aumento del volumen testicular (Hidalgo & Hidalgo, 2017). En la mujer se da e aumento de los órganos como la vagina, útero, ovarios y trompas de Falopio; en el hombre; pene, testículos vesícula seminal y los conductos deferentes. El crecimiento puberal supone el 20 al 25% de la talla definitiva. (Lara Alberca, 1966).
- Durante la infancia y la etapa prepuberal, la hormona (GnRH) y las gonadotropinas hipofisarias y hormona luteinizante, se encuentran inhibidas. Al comienzo de la adolescencia, se da la disminución de la sensibilidad de las neuronas hipotalámicas productoras de la hormona (GnRH). La GnRH tiene efecto sobre la hipófisis, ya que estimula la secreción de gonadotropinas (Hidalgo Vicarioa & Ceñal González, 2014).

1.2 Psicopatología en los adolescentes

La adolescencia es una edad muy complicada, varios investigadores concuerdan en que existe significativos cambios internos y externos, lo que conlleva a la aparición de ciertos problemas psicológicos. La mayoría de estos trastornos, son emocionales y del comportamiento.

Entre uno de estos trastornos, es la **Ansiedad**, según Sandin (1997) el miedo y la ansiedad, actúan como señales de alarma y barreras ante el peligro, siendo una herramienta adaptativa y útil del ser humano. Sin embargo, si estas señales afectan de manera desproporcionada y de manera prolongada al individuo, se convierte en un trastorno; por ejemplo, la ansiedad patológica se manifiesta con mucho sufrimiento, aparecen sensaciones de intenso malestar sin una causa objetiva que lo justifique (Acevedo & Pisco, Identificación de la Salud Mental, 2018).

Aguirre Mas Y Vauro Desiderio (2006), afirman que el género juega un papel importante en el nivel de ansiedad, existe una mayor prevalencia en mujeres durante la adolescencia. El nivel socioeconómico también puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de ansiedad, los hijos de padres con una economía alta pueden presentar mayores niveles de ansiedad por las expectativas creadas hacia ellos (citado en Vázquez 2016).

Existen tres grandes líneas de estudio: psicoanalítica, conductual y cognitiva de la ansiedad. La teoría conductista, afirma que la ansiedad es una respuesta condicionada a estímulos ambientales. El modelo cognitivo, manifiesta que los estados de ansiedad son producidos por una percepción distorsionada de la realidad de carácter negativo, generando creencias erróneas. La teoría Psicoanalítica, el creador es Freud, afirma que la ansiedad tiene

un origen interno de conflictos inconscientes, es un proceso biológico insatisfecho; parte desde la lucha del sujeto entre el superyó y el ello (Valderrama, 2016).

Un estudio realizado, en Colombia, se encontró que de 538 adolescentes, 218 resultaron positivos con los síntomas ansiosos son frecuentes en la población adolescente, lo que correspondía al 40,5 %. (Ospina & Hinestrosa, 2014)

Otro de los trastornos, es la **Somatización**, y se describe como características clínicas y conductuales que indican que un individuo está padeciendo cierta enfermedad psicológica a través de síntomas físicos (somáticos), el sujeto atribuye estos síntomas a una enfermedad física y por ende busca ayuda médica.

En el DSM IV se denominaba trastorno somato morfo, pero en el DSM V, pasan a ser denominados “trastorno de síntomas somáticos y relacionados”, e incluyen los siguientes diagnósticos:

- Trastorno de síntomas somáticos
- Trastorno de ansiedad por enfermedad
- Trastorno de conversión o trastorno de síntomas neurológicos funcionales
- Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas
- Trastorno facticio
- Otros trastornos de síntomas somáticos especificados
- Otros Trastornos de Síntomas Somáticos no especificados.

Los diagnósticos del DSM V para el trastorno de síntomas somáticos son:

- Uno o más síntomas somáticos que causan malestar

- Pensamientos, sentimientos o comportamiento excesivo relacionado con los síntomas somáticos
 1. Los pensamientos son desproporcionados
 2. Desproporcionada preocupación por la salud.
 3. Se dedica tiempo y energía a estos síntomas.
- Aunque algún síntoma somático no puede estar presente, el trastorno sintomático es persistente (por lo general más de 6 meses). (APA, 2014)

Del mismo modo, otro trastorno es las **Obsesiones**, siendo importante conocer acerca de su historia, puesto que a lo largo del tiempo han ido cambiando las explicaciones etiológicas del mismo. Esquirol (1838) afirma que “el TOC es una enfermedad crónica del cerebro, sin fiebre caracterizada por una lesión parcial del intelecto, las emociones o la voluntad” (p.4)

En la actualidad, el trastorno obsesivo compulsivo, según la definición en el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM5) publicado en 2013 por la American Psychiatric Association (APA) es un trastorno con las presencias de dos sintomatologías, pensamientos indeseados (obsesiones) ante los cuales sienten la necesidad de reaccionar (compulsiones). Estos síntomas deben interferir de manera significativa en la vida del sujeto y estar presentes más de una hora por día, no se deben al consumo de medicamentos u otras sustancias o alguna enfermedad médica (APA, 2014).

Las causas del trastorno obsesivo compulsivo pueden tener diferentes factores. Se conoce que existen causas genéticas que condicionan esta enfermedad, también se debe a situaciones desencadenantes como, por ejemplo, algún trauma. Por lo general, comienza a principios de la edad adulta. Algunos investigadores señalan que las personas que han sufrido traumas sexuales o físicos tienen mayor riesgo de padecer el trastorno obsesivo compulsivo. Sin

embargo existen datos importantes, ya que estudios recientes indican que acerca del 50% de casos de TOC comienza a manifestarse en la niñez o adolescencia (INSM, 2017) .

El TOC en la infancia y adolescencia, es cada vez más común, la edad promedio se encuentra en 6 y 12 años. Afecta al 1% de niños y adolescentes. Existe cierta dificultad en distinguir el diagnóstico, ya que se puede asociar con otras enfermedades mentales o médicas. El tratamiento de este trastorno incluye psicoterapia y la correspondiente medicación; la evolución del tratamiento va depender del progreso en el tratamiento, es desfavorable si los síntomas persisten a pesar de la terapia y medicina (Montaño, 2015)

En Puerto Rico, se realizó un estudio para detectar posibles casos de TOC en jóvenes de 8 a 16 años. Se administró la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva a 20 jóvenes con un diagnóstico de TOC y a 80 jóvenes sin diagnóstico. Los resultados fueron que los participantes con TOC tuvieron una tendencia fuerte a endosar los reactivos de obsesiones y compulsiones. Mientras que el otro grupo no se identificaron con los grupos reactivos que miden sintomatología TOC (García, Sayers, & Martinez, 2014).

Otro de los problemas emocionales en la adolescencia, es la **Hostilidad**. De acuerdo a Real Academia Española (RAE), la hostilidad implica una conducta abusiva y agresiva que puede reflejarse en violencia física o emocional. Por lo general las personas hostiles suelen ser tercas, impacientes, impulsivas o tener una actitud negativa. Los adolescentes que tienen una conducta hostil suelen sentirse estresados, fatigados, ansiosos y tienen problemas de abuso de sustancias (Healthwise, 2019)

Fleshner (2003), afirmó, que:

“Al relacionar emociones hostiles como la agresividad y la cólera en la adolescencia, se puede considerar sus múltiples sentidos, desde la sana afirmación del espacio propio frente al otro, hasta la reproducción de vivencias traumáticas violentas, donde se incluyen situaciones tales como la violación de los límites espacio temporales, así como los corporales” (p.58).

Ugarriza (1998), menciona que “cuando en la familia y en centros educativo se dan situaciones doloras o traumáticas, los adolescentes optan por escapar de ellos, mediante respuestas hostiles y agresivas en su entorno” (Citado en Chapi, 2012).

Un estudio científico realizado en varios colegios de la provincia de Zamora sobre la prevalencia del trastorno negativita desafiante, manifestaron que el 5,6 % de los niños y adolescentes padecen de este trastorno, que se caracteriza por comportamientos desafiante, hostil, negativista y desobediente, siendo más alto entre los varones que entre las mujeres (Gil, 2015).

Igualmente, la **Ideación Paranoide** está presente como una psicopatología en la etapa de la adolescencia. Mc Williams (2011), afirma que la paranoia puede presentarse con una intensidad leve, moderada o grave y con una severidad normal o psicótico. Un sujeto paranoide con un yo razonable y solido por un fuerte contacto con la realidad puede funcionar de manera normal. La condición paranoide no siempre es detectable a tiempo, precisamente su personalidad paranoide, su falta de confianza hace que el sujeto evada buscar ayuda (citado en Ramos, 2014).

Otro trastorno común es la **Depresión**. Si bien es cierto la depresión puede darse a cualquier edad, pero a menudo aparece en la adolescencia. La Organización Mundial de la

Salud (OMS, 2006) manifiesta que, para el año 2020, la depresión se convertirá en la segunda causa principal de discapacidad a nivel mundial. Asimismo, la OMS señala que más de 350 millones de individuos sufren este trastorno y que, a pesar de que la depresión es un trastorno mental tratable, la mayoría de personas que la experimentan no solicitan ni reciben el tratamiento requerido, ya que muchas veces este trastorno, pasa desapercibido. (Navarro, Moscoso, & Calderon, 2017).

Los trastornos comúnmente denominados depresivos incluyen un conjunto de entidades clínicas relacionadas con problemas de mayor o menor intensidad y duración, tales como el episodio de depresión mayor (EDM) y la distimia (D) que, de acuerdo con el DSM-5, son trastornos del estado de ánimo. Su característica principal es la alteración del humor asociada al malestar y discapacidad, así como al riesgo de perder la vida, sufrir dolor o perder la libertad.

Es de suma importancia, tener en cuenta que las diferencias en las tasas de depresión por sexo. Según la evidencia empírica, afirma que el sexo femenino padece depresión de mayor manera, pero en los hombres sus consecuencias pueden tener repercusiones fuertes aun mayor que en las mujeres. (Gonzalez, Hermosillo, Vacio, & Peralta, 2015)

Según Ochoa (2013), en su obra Depresión Grave en Adolescentes afirma que las mujeres son las que tienen más intentos de suicidio, pero los hombres son los que más se suicidan; esto se debe a que ellas eligen métodos menos letales que los hombres. Del mismo modo, la autora manifiesta que los adolescentes que intentan el suicidio tienen una alta probabilidad de tener algún trastorno mental.

De igual manera, manifiesta que los adolescentes con depresión suelen enmascarar sus síntomas, mostrando sentimientos de alegría y perfección a pesar de sentir profunda tristeza. Entre los factores de riesgo, el sistema educativo es un importante detonante de la depresión en los adolescentes, ya que los profesores y compañeros al no comprender al joven, bajan su autoestima, creando sentimientos de poco valor. Así mismo entre los factores de riesgo más comunes son los problemas familiares, el divorcio, adolescentes sin hogar, el abuso físico y sexual (Cando, 2017).

1.3 El Rendimiento Académico en adolescentes

1.3.1 Concepto

El rendimiento académico se lo define como “el producto de asimilación del contenido de los programas de estudio, expresado en calificaciones dentro de una escala convencional” (Figuroa, 2004). Es decir, se refiere al resultado cuantitativo de un proceso de aprendizaje; el rendimiento académico expresa el nivel de conocimiento alcanzado.

Jiménez (2000) manifiesta que “se puede tener una buena capacidad intelectual y unas buenas aptitudes y sin embargo no estar obteniendo un buen rendimiento académico”. El rendimiento académico, se le puede definir como aptitud escolar, desempeño académico o rendimiento escolar.

Según la Real Academia, el rendimiento académico es un sistema mediante el cual se mide los logros y los conocimientos de los estudiantes, y son evaluados mediante métodos cualitativos y cuantitativos (citado por Erazo, 2012).

Garbanzo (2007) expone que desde mucho tiempo atrás se utiliza escalas numéricas o calificaciones para medir el rendimiento escolar y que determinará si el estudiante aprueba o

reprueba una materia. Sin embargo, el proceso de calificación es complejo, ya que influyen varios factores como el nivel socioeconómico, la motivación del estudiante, la formación previa, así como el bienestar psicológico del alumno.

Por lo tanto, el análisis sobre el rendimiento académico es muy amplio y a la vez confuso, problemático. Es un tema de gran importancia dentro del sistema educativo.

En nuestro país el desempeño académico, es un tema de gran importancia ya que hace años atrás, Ecuador estaba entre los países con más baja puntuación. El Instituto Nacional de Evaluación (Ineval), expuso como el desempeño es bajo cuando los estudiantes no tienen una buena alimentación, son víctimas de abuso físico y psicológico, y no tienen un apoyo familiar. La Psicóloga Clínica Peña, explica que el bullying afecta en el rendimiento académico, afirma que los adolescentes de bachillerato que manifestaron que tienen miedo de ser golpeados tienen alrededor de 20 puntos menos, frente a quienes negaron sufrir bullying. De la misma manera el apoyo familiar, juega un papel indispensable, ya que mientras los padres exigen y controlan mayor rendimiento, el aprendizaje avanza. (Quito, 2014)

1.3.2 Los estándares de calidad educativa del Ecuador

Los estándares de calidad educativa son descripciones de logros esperados correspondientes a los estudiantes, a los profesionales del sistema y a los establecimientos educativos, existen tres tipos de estándares:

- Estándares de desempeño escolar: involucra los procesos de gestión y prácticas que influyen en el buen funcionamiento de la institución.

- Estándares de desempeño profesional directivo: hacen referencia a la gestión administrativa, gestión pedagógica, de convivencia y servicios educativos.
- Estándares de desempeño profesional docente: involucra lo que el docente debe cumplir para lograr una educación de calidad.

El objetivo fundamental de los estándares es orientar, apoyar y monitorear cada una de las actividades de los actores del sistema educativo. En nuestro país, estos estándares corresponden a cuatro áreas básicas: Lengua y Literatura, Matemática, Estudios Sociales y Ciencias Naturales. (Educación, 2017)

1.3.3 Calificación de los Aprendizajes del Reglamento de la LOEI

El rendimiento académico de los alumnos de los subniveles de básica elemental, media, superior y el nivel de bachillerato general unificado, se expresa a través de la siguiente escala de calificaciones:

Las calificaciones relacionadas con el cumplimiento de los objetivos de aprendizajes establecido en el currículo y en los estándares de aprendizaje nacionales. En el artículo 196 del Reglamento de la Ley Orgánica de Educación Intercultural(LOEI), “la calificación mínima, en cualquier establecimiento educativo del país, es de siete sobre diez (7/10)”.

En el Reglamento General de la LOEI, Art.193, manifiesta que “para superar cada nivel, el estudiante debe demostrar que logro “aprobar” los objetivos de aprendizajes definidos en el programa de asignatura o área de conocimiento fijados para cada uno de los niveles y subniveles del Sistema Nacional de Educación”. (García F. , ANSIEDAD Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESTUDIANTES DE 7 A 15 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA NAVARRA DEL SUR DE QUITO, 2017)

1.3.4 Relación de problemas psicológicos con el rendimiento académico en adolescentes

La relación entre problemas psicológicos y rendimiento académico guarda una asociación estrecha e inversa. El rendimiento académico puede estar influenciado por variables psicológicas que son propias de cada sujeto.

Investigadores como Verboom, et al. (2014), afirman que un rendimiento académico pobre, mantiene íntima relación con síntomas clínicos. Los autores opinan que las bajas calificaciones pueden conllevar a una retroalimentación negativa de los padres, compañeros de clase y profesores, y esta retroalimentación puede desencadenar en problemas emocionales. Y a su vez también, los adolescentes llegarían a dudar de sus propias capacidades y conllevar a atribuciones negativas y generar tristeza, estrés, ansiedad, frustración y rabia. De esta manera, se crea un proceso circular en el que los problemas académicos alimentan los problemas emocionales y estos a su vez, aumentan los problemas académicos de los adolescentes. Por otra parte, los alumnos con síntomas depresivos suelen mostrar mayor retracción escolar, lo que conlleva a un rendimiento escolar muy pobre (citado en Jureguizar, Benaras, Soroa y Sarasa, 2015).

Para Harter (1993), los padres y la familia juegan un papel importante, la motivación y el desempeño escolar depende de la aprobación familiar, ya que ello aumentara la valía personal del adolescente y permitiría al individuo confiar en sí mismo y llevar a cabo determinadas tareas, aumentando el éxito. (citado en Usuga, Mesa, 2016)

Un estudio realizado en la ciudad de Riobamba, Ecuador; sobre la relación de Depresión y Ansiedad en el rendimiento académico. Para la investigación, se utilizó la Escala H.A.D en

una población de 270 estudiantes. Se observó, que entre los trastornos de Ansiedad y Depresión con los resultados de Rendimiento Académico no existe una relación directa. (Cando, 2017). Otro estudio similar realizado en Quito (2017), en estudiantes de 7 a 15 años con el propósito de analizar la asociación de ansiedad y rendimiento académico. Los resultados fueron que los estudiantes con niveles altos de ansiedad presentaron bajo rendimiento (García F. , 2017).

Un estudio realizado en la ciudad de Cuenca por Lazo (2015), sobre cuáles son las manifestaciones más comunes de la depresión, si estas inciden o no en el rendimiento académico de los adolescentes. Mediante las técnicas aplicadas a los estudiantes se encontró que existe una incidencia de manifestaciones depresivas de 75 (56,8%) estudiantes que presentan alguna manifestación de síntomas depresivos. Sin embargo, las manifestaciones depresivas a pesar de ser representativas no se relacionan con las calificaciones de los estudiantes; en consecuencia, en el estudio no se ha podido determinar que las manifestaciones depresivas figuren como posibles causas de las bajas calificaciones obtenidas (Lazo, 2015).

CAPÍTULO 2

2.1 Objetivo general

Relacionar síntomas clínicos y rendimiento académico presente en los adolescentes de primero de bachillerato de la Unidad Educativa Juan Bautista Vázquez.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar los síntomas clínicos más frecuentes y posibles trastornos clínicos en los adolescentes.
- Determinar la intensidad de los síntomas clínicos presentes en los adolescentes.
- Relacionar las variables clínicas con rendimiento académico.

2.3 Metodología

2.3.1 Tipo de estudio

El presente trabajo es un estudio cuantitativo, correlacional de corte transversal debido que se pretende identificar y analizar la prevalencia de síntomas clínicos en la población adolescente y relacionar con el rendimiento académico. Se realizará mediante la aplicación de un test y se ejecutará un análisis y medición.

2.3.4 Población

La investigación se llevará a cabo en el cantón Azogues, zona urbana, Unidad Educativa Juan Bautista Vázquez constituida por 1173 mujeres y 1034 hombres que cuenta con una modalidad de horario diurna, vespertina y nocturna.

2.3.5 Muestra

La muestra serán 145 estudiantes del primero de bachillerato de la sección diurna, los cuales cumplirán con los criterios de inclusión explicados más adelante. La edad oscila entre 15 y 16 años.

2.3.6 Criterios de inclusión

- Estudiantes matriculados en el Colegio Juan Bautista Vázquez.
- Cursar el primero de bachillerato general unificado.
- Edad a partir de los 15 años.
- Firma del consentimiento informado por parte de los padres.

2.3.7 Criterios de exclusión

- Tener trastornos diagnosticados
- Cursar un grado diferente al primero de bachillerato general unificado.
- Edad menor a 15 años
- No tener consentimiento firmado.

2.4 Instrumentos

Se utilizará los siguientes test para llegar a los resultados que se espera.

1. El Inventario de Síntomas SCL-90-R, (ver Anexo 2);

2.4.1 Inventario de Síntomas SCL-90-R.

EL INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R de L. Derogatis, lo cual evalúa patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como en diagnóstico clínico. Cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos. Se lo evalúa e interpreta en función de nueve funciones primarias.

Su administración no requiere más de 15 minutos. Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda de acuerdo a como se ha sentido los últimos siete días. Para la confiabilidad y validez del test, se evaluaron tres grupos de mujeres, un grupo de la comunidad, uno con psicopatología y otro de mujeres con uno de los llamados “síndromes somáticos funcionales”. Se determinó mediante el alfa de Cronbach una elevada consistencia de las nueva subescalas. A excepción de la subescala de síntomas paranoides en las mujeres de la comunidad, y en las mujeres con depresión, los coeficientes alpha de todas las subescalas en 3 grupos, fueron superiores a 0.8. Mediante una curva ROC se determinó que la puntuación 1.5 en la subescala de depresión minimizaba el número de falsos positivos y falsos negativos.

2.5 Procedimiento de la investigación

El procedimiento del estudio consto primeramente en obtener los permisos correspondientes de la institución. Después se estableció que cada uno de los estudiantes tenga la autorización de sus padres. Posterior a ello, se procedió a que firmen el consentimiento informado y se aplicó el inventario en forma grupal. Finalmente se relacionó las variables clínicas con el rendimiento académico de los estudiantes. Los datos obtenidos de la investigación fueron sometidos al análisis con el software estadístico SPSS.

CAPÍTULO 3

Resultados

Los resultados se analizarán según los datos generales, los síntomas clínicos presentes, los que se presentan en mayor frecuencia, además, se realizará un análisis relacional de los síntomas según el sexo y según la variable supletorios.

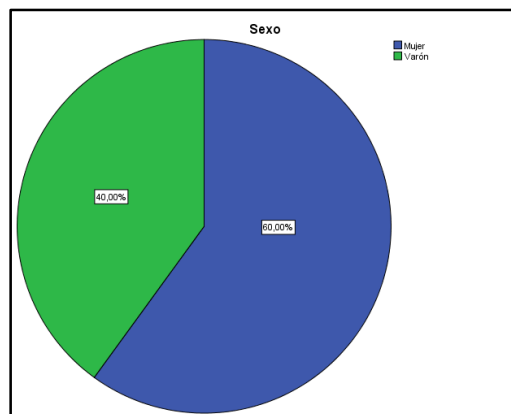
3.1 Resultados estadísticos

3.1.1 Variables sociodemográficas

Tabla 1. Sexo de los estudiantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mujer	87	60,0	60,0	60,0
	Varón	58	40,0	40,0	100,0
	Total	145	100,0	100,0	

Gráfico 1: Sexo de los estudiantes



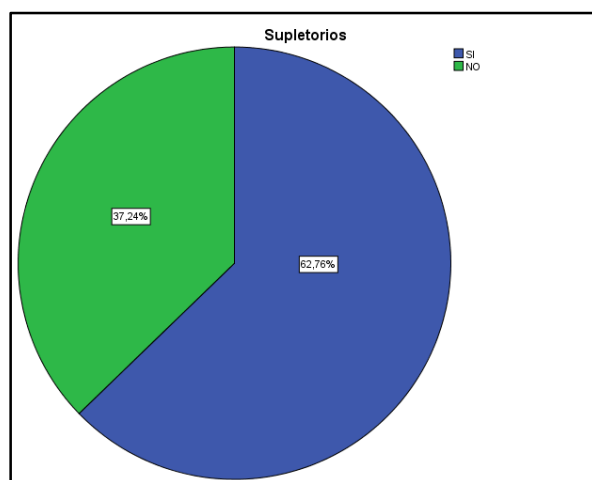
Interpretación: La grafica 1 indica que, del total de estudiantes observados, el 40% son varones y el 60% son mujeres.

3.1.2 Estudiantes con supletorios

Tabla 2. Estudiantes con supletorios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	91	62,8	62,8	62,8
	NO	54	37,2	37,2	100,0
Total		145	100,0	100,0	

Gráfico 2: Estudiantes con supletorios



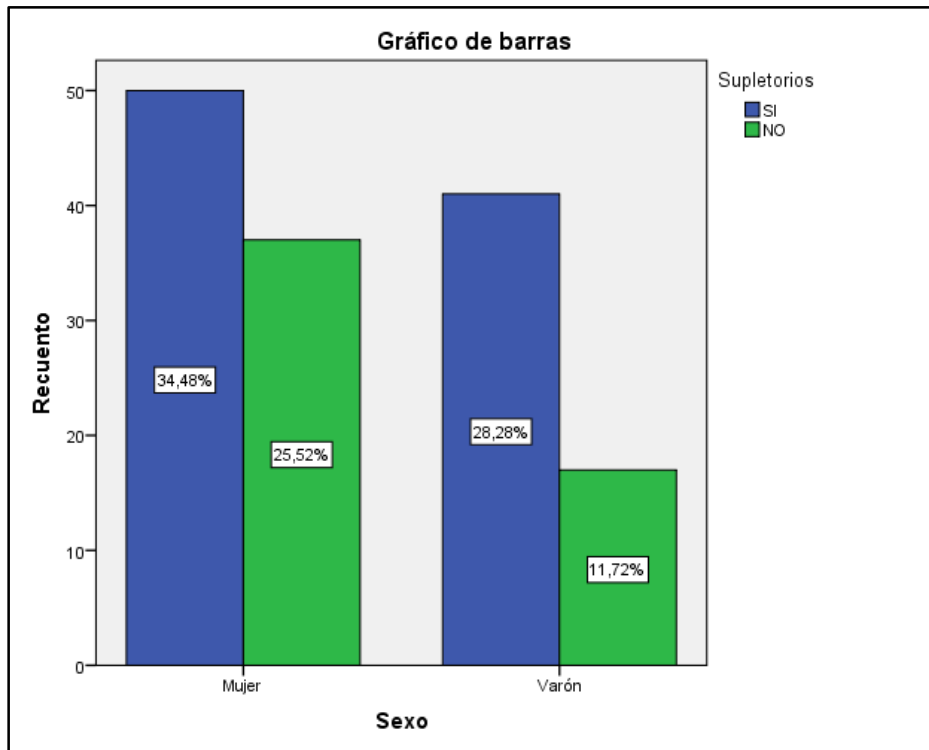
Interpretación

Del total de estudiantes encuestados, el 62,76% se han quedado en supletorios, mientras que el 37,24% ha aprobado todas las materias de manera directa.

*Tabla 3. Tabla cruzada Sexo *Supletorios*

		Supletorios		Total
		SI	NO	
Sexo	Mujer	50	37	87
	Varón	41	17	58
Total		91	54	145

Gráfico 3. Tabla cruzada Sexo *Supletorios



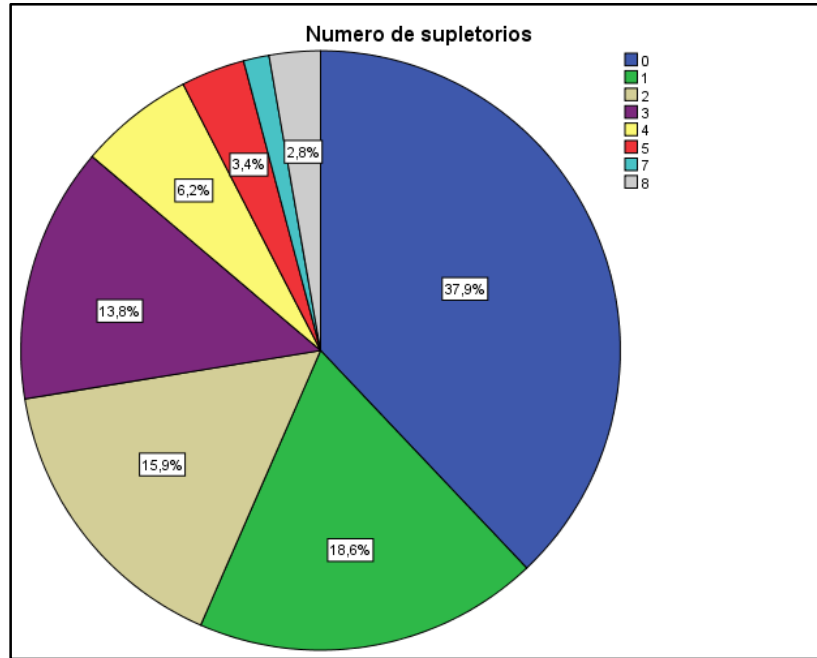
Interpretación

De acuerdo con la tabla 3, el 34,48% de las mujeres y el 25,52% de los varones tienen supletorios, mientras que el 28,26% de las mujeres y el 11,72% de los varones no cuentan con algún supletorio.

Tabla 4: Número de supletorios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	55	37,9	37,9	37,9
	1	27	18,6	18,6	56,6
	2	23	15,9	15,9	72,4
	3	20	13,8	13,8	86,2
	4	9	6,2	6,2	92,4
	5	5	3,4	3,4	95,9
	7	2	1,4	1,4	97,2
	8	4	2,8	2,8	100,0
	Total	145	100,0	100,0	

Gráfico 4: Número de supletorios



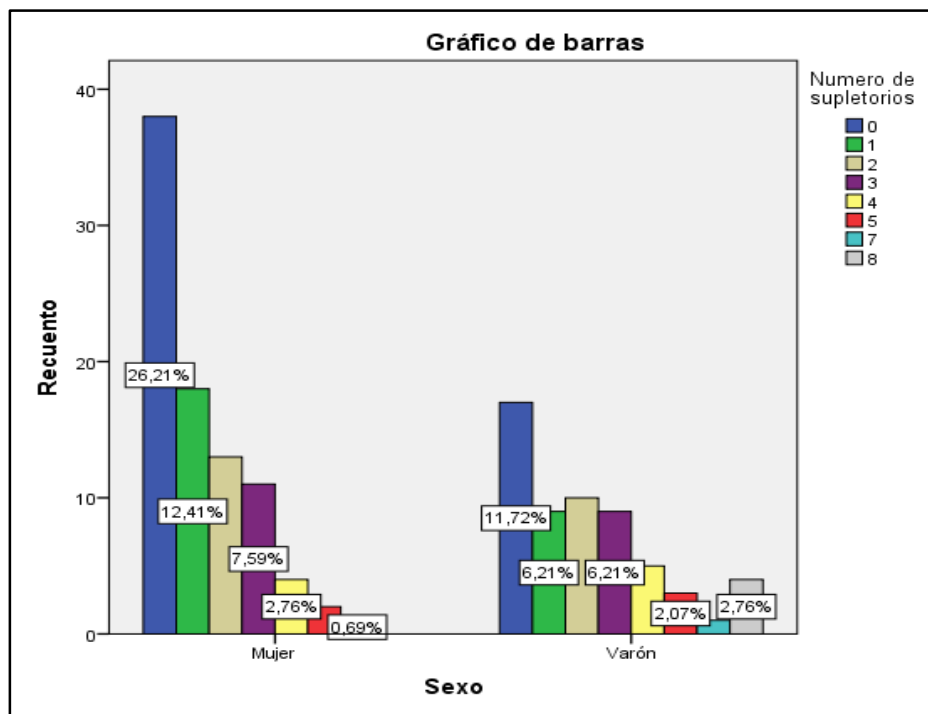
Interpretación:

Sobre el número de supletorios que tienen los estudiantes consultados, el 37,9% no tienen supletorios, el 18,6% tienen 1 supletorio, el 15,9% tienen 2 supletorios, el 13,8% tienen 3 supletorios, el 6,2% tienen 4 supletorios, el 3,4% tienen 5 supletorios, el 1,4% tienen 7 supletorios y el 2,8% tienen 8 supletorios.

Tabla 5: Tabla cruzada Sexo *Número de supletorios

		Número de supletorios								Total
		0	1	2	3	4	5	7	8	
Sexo	Mujer	38	18	13	11	4	2	1	0	87
	Varón	17	9	10	9	5	3	1	4	58
Total		55	27	23	20	9	5	2	4	145

Gráfico 5: Tabla cruzada Sexo *Numero de supletorios



Interpretación:

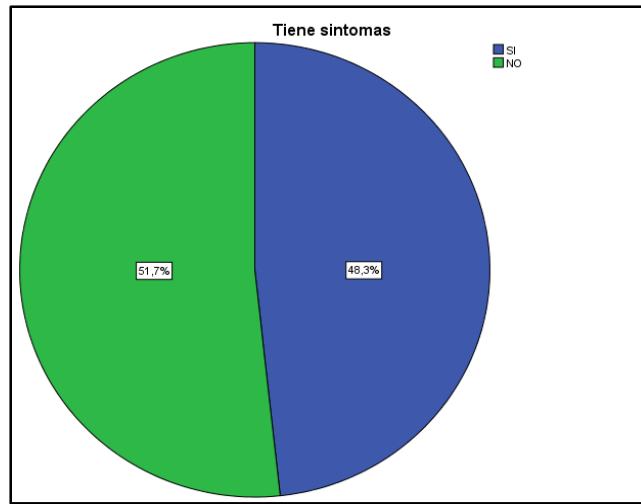
El grafico 5 nos muestra la relación entre el sexo de los estudiantes y el número de supletorios que tienen, así tenemos que, el 26,21% de las mujeres y el 11,72% de los varones no tienen supletorios, el 12,41% de las mujeres y el 6,21% de los varones tienen 1 supletorio, el 7,59% de las mujeres y el 6,21% de los varones tienen 2 supletorios, estos son los valores más altos dentro de este análisis.

3.1.3 Estudiantes con síntomas clínicos

Tabla 6. Estudiantes que tienen síntomas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	70	48,3	48,3	48,3
	NO	75	51,7	51,7	100,0
	Total	145	100,0	100,0	

Gráfico 6: Estudiantes que tienen síntomas



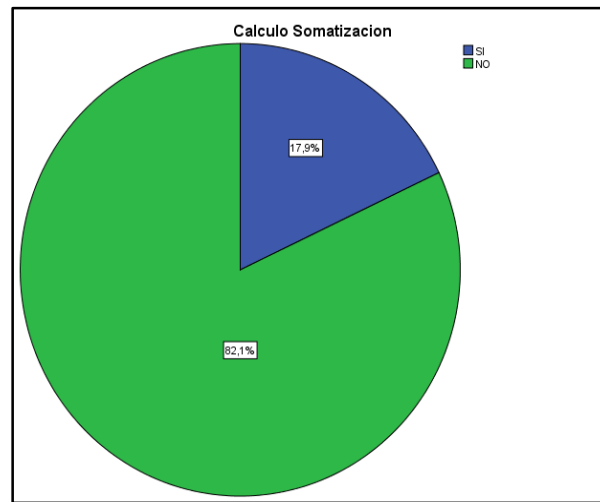
Interpretación:

Del total de estudiantes consultados, el 51,7% no presenta ningún síntoma, mientras que el 48,3% presente uno o más síntomas.

Tabla 7. Calculo Somatización

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	26	17,9	17,9	17,9
	NO	119	82,1	82,1	100,0
	Total	145	100,0	100,0	

Gráfico 7: Calculo Somatización



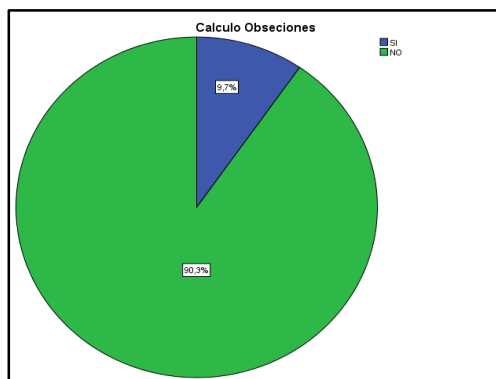
Interpretación:

Del grupo total de estudiantes encuestados, el 82,1% no tienen somatización, a diferencia del 19,9% de los estudiantes que si tienen somatización.

Tabla 8. Calculo Obsesiones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	14	9,7	9,7	9,7
	NO	131	90,3	90,3	100,0
Total		145	100,0	100,0	

Gráfico 8. Calculo Obsesiones



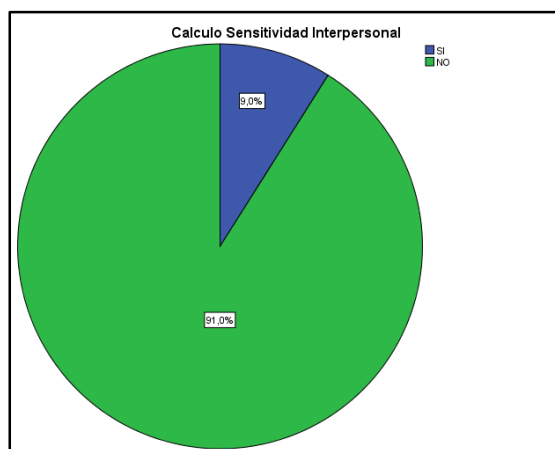
Interpretación:

De todos los estudiantes que se presentaron para la evaluación, el 90,3% no presentan síntomas de obsesión a diferencia del 9,7% que presentan este síntoma.

Tabla 9. Cálculo Sensibilidad Interpersonal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	13	9,0	9,0	9,0
	NO	132	91,0	91,0	100,0
Total		145	100,0	100,0	

Gráfico 9. Cálculo Sensibilidad Interpersonal



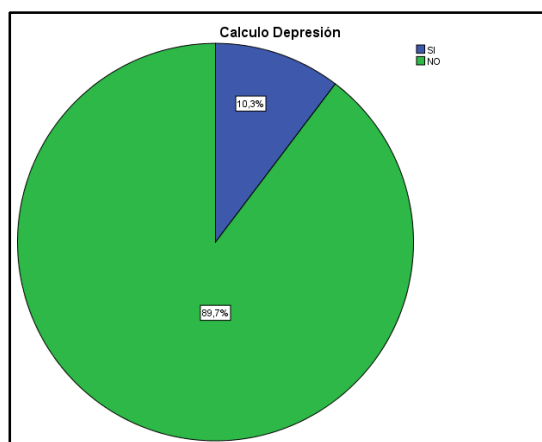
Interpretación:

En el caso de la Sensibilidad Interpersonal, el 91% de los jóvenes no presentan esta característica, mientras que el 9% si presenta dentro de su evaluación.

Tabla 10. Calculo Depresión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	15	10,3	10,3	10,3
	NO	130	89,7	89,7	100,0
Total		145	100,0	100,0	

Gráfico 10. Calculo Depresión



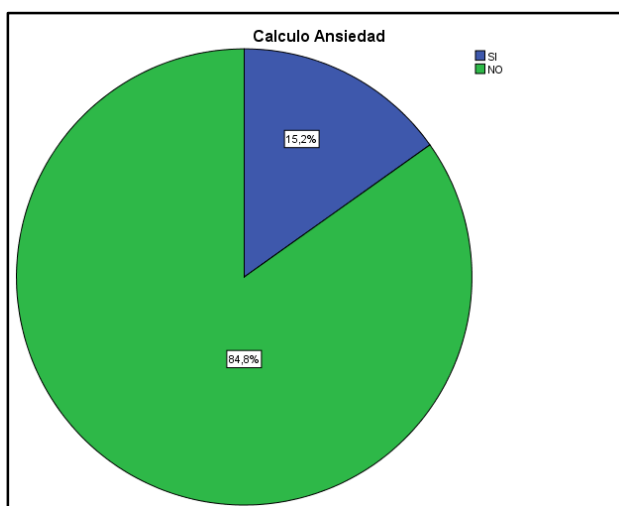
Interpretación:

En el caso del análisis de existencia de síntoma de depresión en los alumnos, el gráfico 10 nos muestra que el 89,7% de los jóvenes no presenta este síntoma a diferencia del 10,3% que si lo hace.

Tabla 11. Calculo Ansiedad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	22	15,2	15,2	15,2
	NO	123	84,8	84,8	100,0
	Total	145	100,0	100,0	

Gráfico 11. Calculo Ansiedad



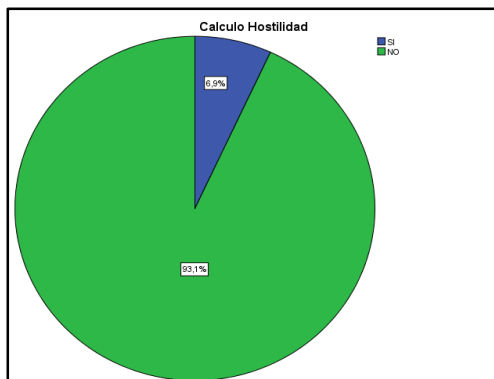
Interpretación:

Del grupo total de estudiantes, el 84,8% de los alumnos no presenta síntomas de ansiedad, mientras que el 15,2% si presenta casos de esta afección.

Tabla 12. Calculo Hostilidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	10	6,9	6,9	6,9
	NO	135	93,1	93,1	100,0
	Total	145	100,0	100,0	

Gráfico 12: Calculo Hostilidad



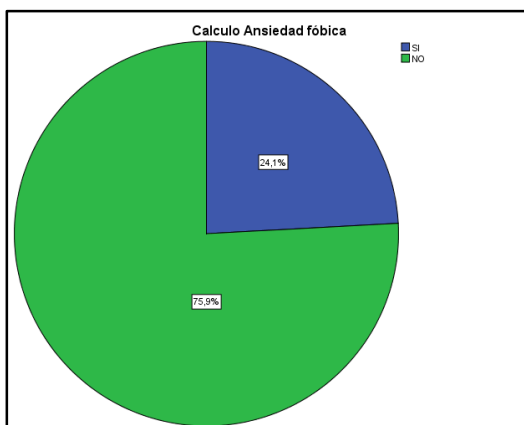
Interpretación:

Del 100% de los estudiantes encuestados con este Test, el 93,1% no presenta síntomas de hostilidad, a diferencia del 6,9% de los jóvenes que si presentan esta particularidad.

Tabla 13. Cálculo Ansiedad fóbica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	35	24,1	24,1	24,1
	NO	110	75,9	75,9	100,0
Total		145	100,0	100,0	

Gráfico 13. Cálculo Ansiedad fóbica



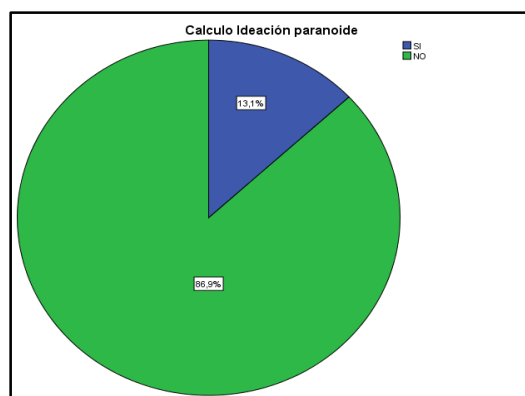
Interpretación:

En el caso de la Ansiedad fóbica, del total de estudiantes, el 75,9% de los jóvenes no presenta este síntoma, mientras que el 24,1% si lo presenta en algunos casos.

Tabla 14. Cálculo Ideación paranoide

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	19	13,1	13,1	13,1
	NO	126	86,9	86,9	100,0
Total		145	100,0	100,0	

Gráfico 14. Cálculo Ideación paranoide

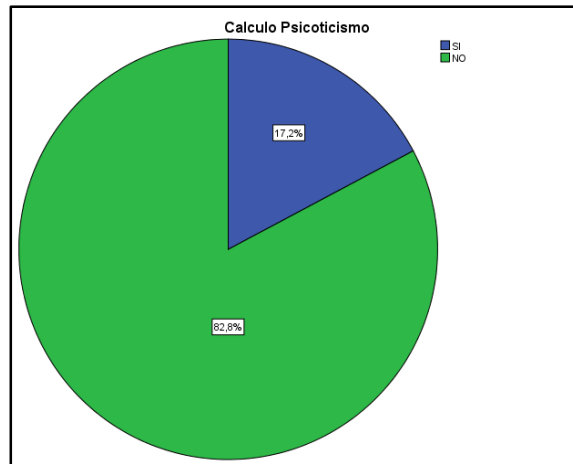
**Interpretación:**

Del grupo total de estudiantes evaluados, el 86,9% no presentan síntomas de ideación paranoide, a diferencia del 13,1% que si presenta este síntoma en su evaluación personal.

Tabla 15. Cálculo Psicoticismo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	25	17,2	17,2	17,2
	NO	120	82,8	82,8	100,0
Total		145	100,0	100,0	

Gráfico 15. Cálculo Psicoticismo



Interpretación:

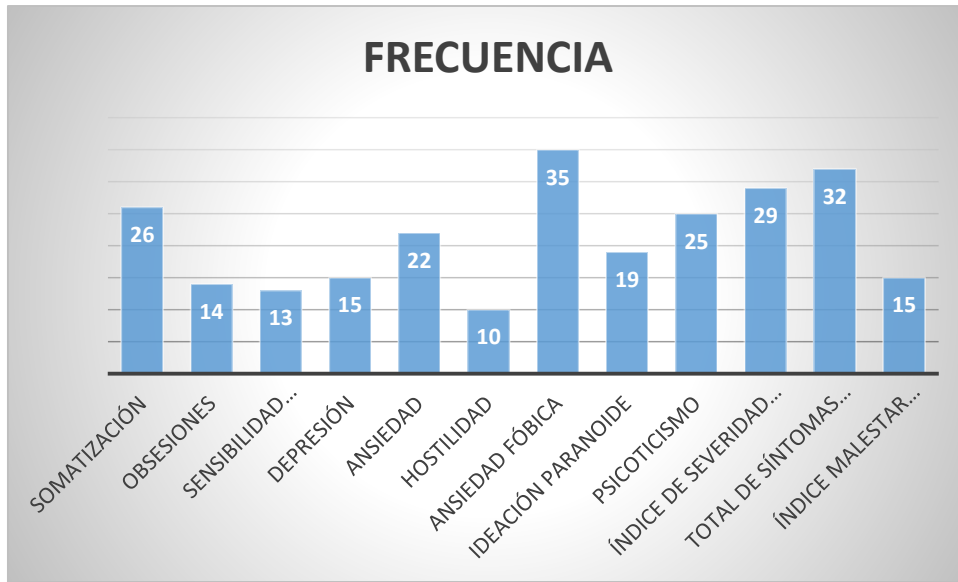
En el caso del síntoma de Psicoticismo, del grupo total de estudiantes, el 82,8% no presentan este síntoma, a diferencia del 17,2% que si presenta esta característica particular.

3.1.4 Síntomas clínicos más frecuentes

Tabla 16. Síntomas clínicos más frecuentes

SINTOMAS	FRECUENCIA
Somatización	26
Obsesiones	14
Sensibilidad Interpersonal	13
Depresión	15
Ansiedad	22
Hostilidad	10
Ansiedad fóbica	35
Ideación paranoide	19
Psicoticismo	25

Gráfico 16: Síntomas clínicos más frecuentes



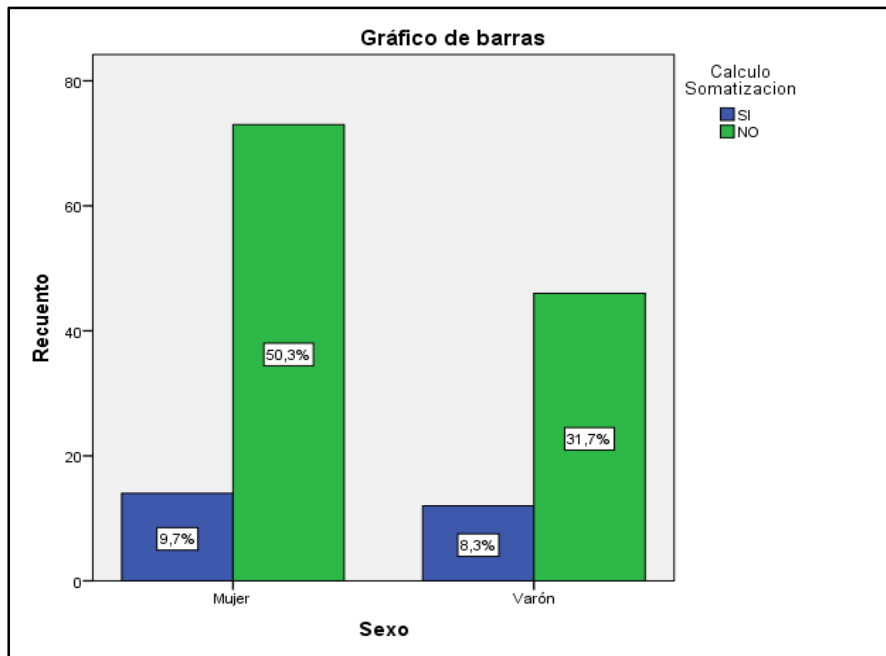
Interpretación:

En la tabla general de síntomas, se puede apreciar que la ansiedad fóbica tiene 35 casos, el total de síntomas positivos tiene 32 casos, el índice de severidad global tiene 29 casos, la somatización tiene 26 casos y el Psicoticismo tiene 25 casos, los demás son cifras mínimas.

*Tabla 17. Tabla cruzada Sexo *Cálculo Somatización*

		Calculo Somatización		
		SI	NO	Total
Sexo	Mujer	14	73	87
	Varón	12	46	58
Total		26	119	145

Gráfico17: Tabla cruzada Sexo *Cálculo Somatización



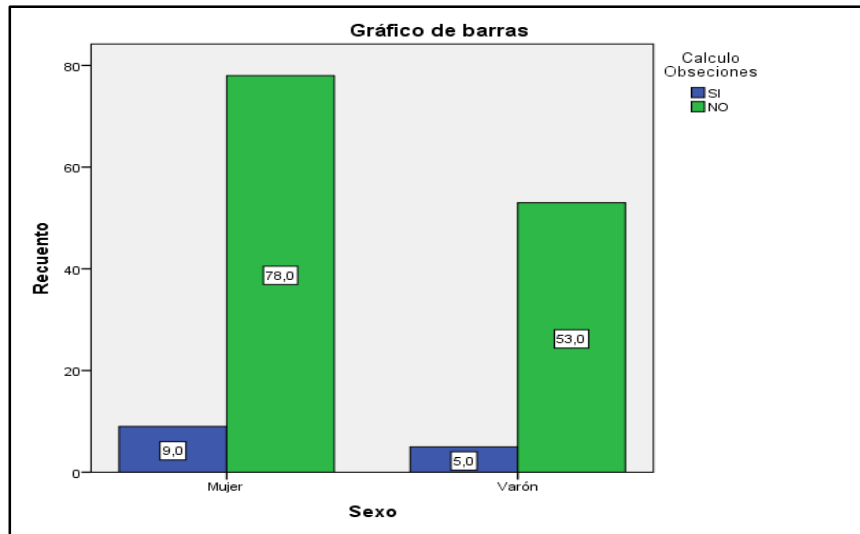
Interpretación:

En la relación del sexo de los estudiantes con la somatización, se observa que el 9,7% de las mujeres y el 8,3% de los hombres tienen este síntoma, mientras que el 50,3% de las mujeres y el 31,7% de los varones no padecen esta condición.

Tabla 18. Tabla cruzada Sexo *Cálculo Obsesiones

		Cálculo Obsesiones		Total
		SI	NO	
Sexo	Mujer	9	78	87
	Varón	5	53	58
Total		14	131	145

Gráfico 18. Tabla cruzada Sexo *Cálculo Obsesiones



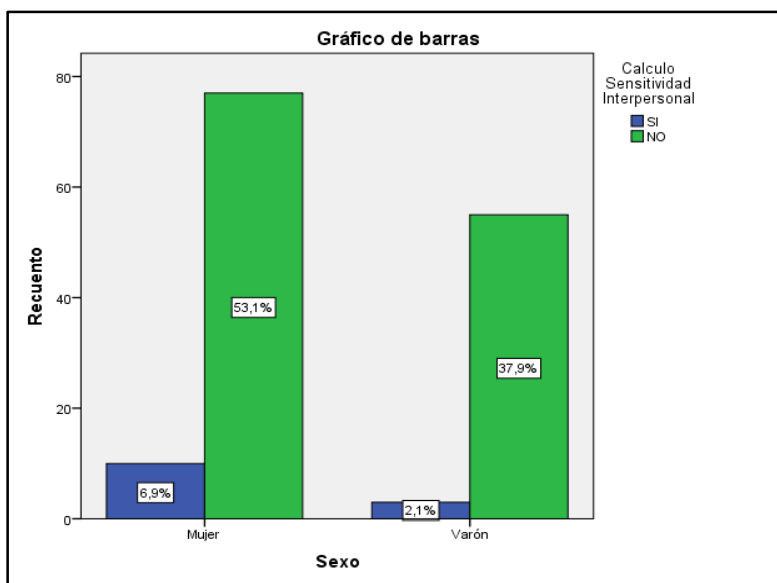
Interpretación:

En el caso de la relación entre el sexo de los estudiantes y la obsesión, el gráfico indica que, el 9% de las mujeres y el 5% de los varones presentan este síntoma, a diferencia del 78% de las mujeres y el 53% de los varones que no lo presentan.

Tabla 19. Tabla cruzada Sexo *Cálculo Sensibilidad Interpersonal

		Cálculo Sensibilidad Interpersonal		
		SI	NO	Total
Sexo	Mujer	10	77	87
	Varón	3	55	58
Total		13	132	145

Gráfico19. Tabla cruzada Sexo *Cálculo Sensibilidad Interpersonal



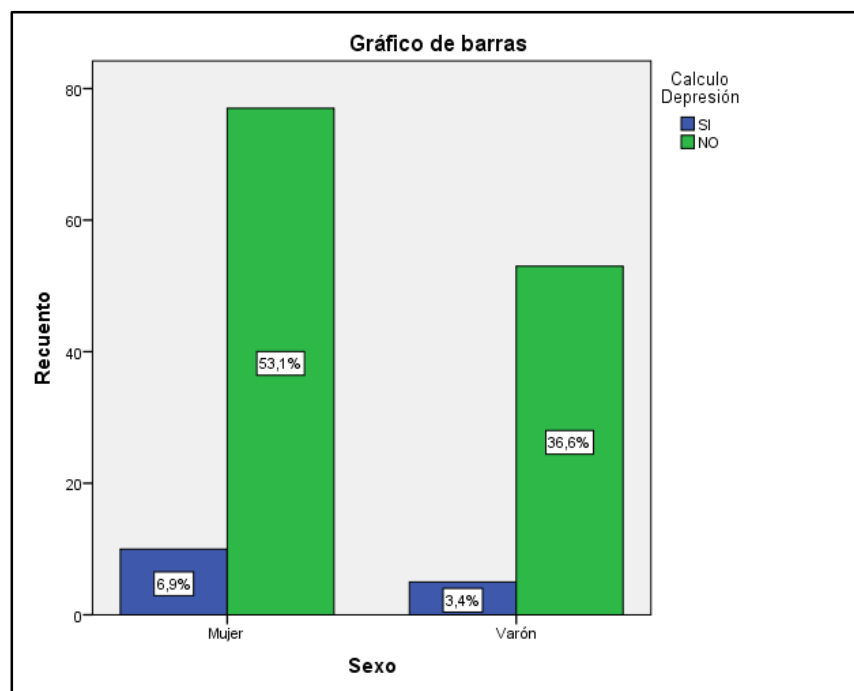
Interpretación:

Al relacionar el sexo de los estudiantes secundarios con la Sensibilidad Interpersonal, los datos muestran que el 6,9% de las mujeres y el 2,1% de los varones padecen este síntoma en particular, a diferencia del 53,1% de las mujeres y el 37,9% de los varones que no presentan esta característica.

Tabla 20. Tabla cruzada Sexo *Cálculo Depresión

		Calculo Depresión		Total
		SI	NO	
Sexo	Mujer	10	77	87
	Varón	5	53	58
Total		15	130	145

Gráfico 20. Tabla cruzada Sexo *Cálculo Depresión



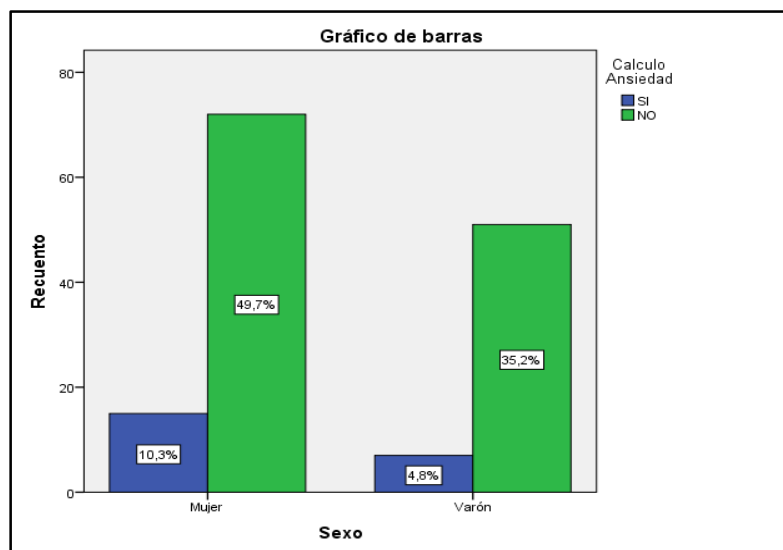
Interpretación:

En la tabla cruzada entre sexo y el cálculo de la depresión, el 6,9% de las mujeres y el 3,4% de los varones padecen de este síntoma, mientras que, el 53,1% de las mujeres y el 35,6% de los varones no presentan este síntoma en sus evaluaciones personales.

Tabla 21. Tabla cruzada Sexo *Calculo Ansiedad

		Calculo Ansiedad		Total
		SI	NO	
Sexo	Mujer	15	72	87
	Varón	7	51	58
Total		22	123	145

Gráfico 21: Tabla cruzada Sexo *Cálculo Ansiedad



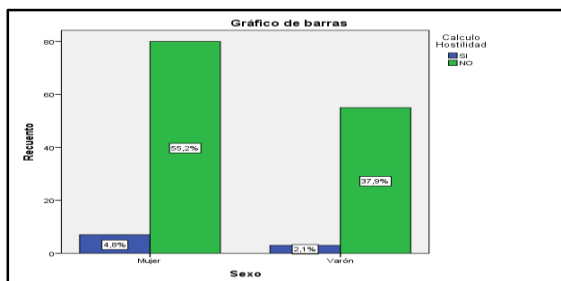
Interpretación:

Al relacionar el sexo de los estudiantes con el síntoma de la ansiedad, se puede ver en el gráfico que el 10,3% de las mujeres y el 4,8% de los varones los padecen, a diferencia del 49,7% de las mujeres y el 35,2% de los varones que no lo padecen.

Tabla 22. Tabla cruzada Sexo *Cálculo Hostilidad

		Calculo Hostilidad		Total
		SI	NO	
Sexo	Mujer	7	80	87
	Varón	3	55	58
Total		10	135	145

*Gráfico 22: Tabla cruzada Sexo *Cálculo Hostilidad*



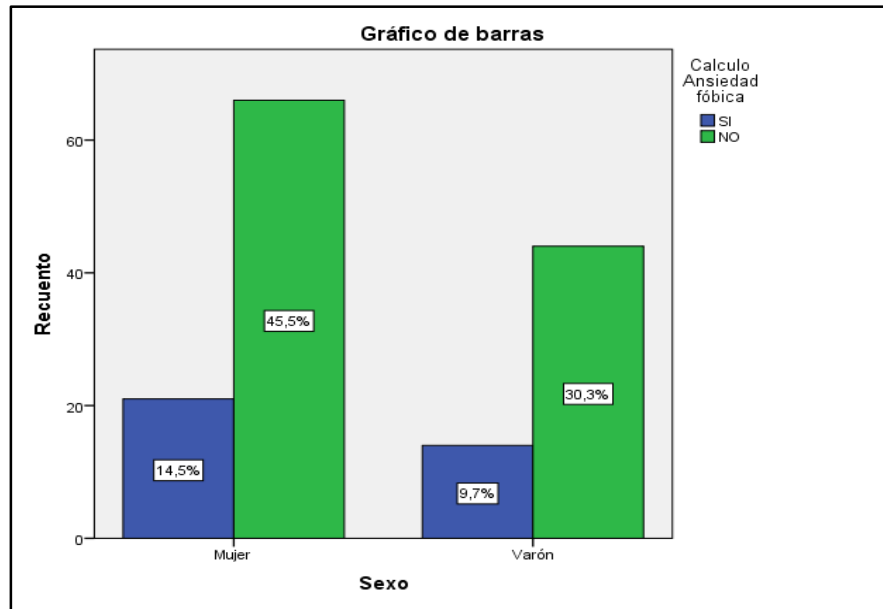
Interpretación:

En el caso de la relación entre el sexo y el síntoma de la hostilidad, se puede observar que el 4,8% de las mujeres y el 2,1% de los varones tienen este síntoma presente, mientras que el 55,2% de las mujeres y el 37,9% de los varones no presentan esta característica particular.

*Tabla 23. Tabla cruzada Sexo *Cálculo Ansiedad fóbica*

		Cálculo Ansiedad fóbica		Total
		SI	NO	
Sexo	Mujer	21	66	87
	Varón	14	44	58
Total		35	110	145

*Gráfico 17: Tabla cruzada Sexo *Cálculo Ansiedad fóbica*



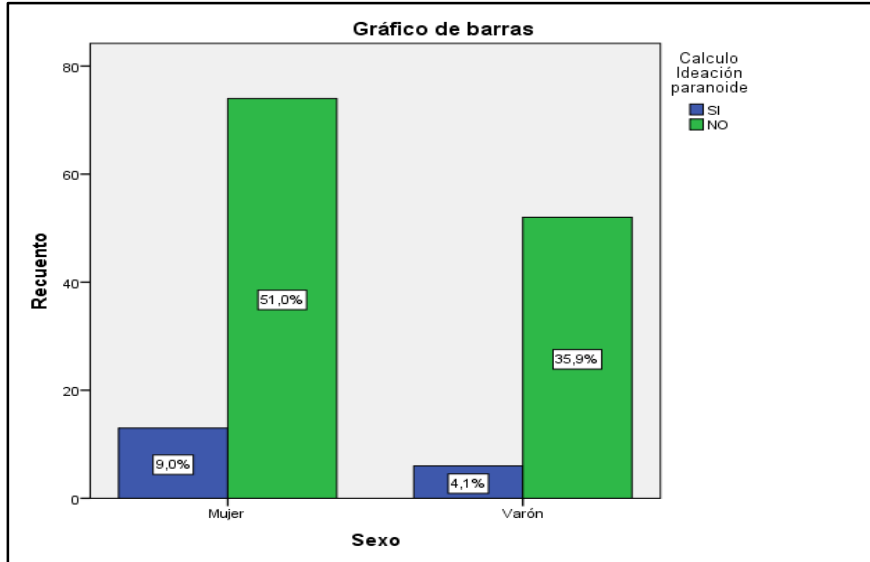
Interpretación:

En el caso del sexo de los estudiantes con la ansiedad fóbica, el gráfico muestra que el 14,5% de las mujeres y el 9,7% de los varones padecen este síntoma en particular, mientras que el 45,5% de las mujeres y el 30,3% de los varones no presentan este síntoma.

*Tabla 24. Tabla cruzada Sexo *Cálculo Ideación paranoide*

		Calculo Ideación paranoide		Total
		SI	NO	
Sexo	Mujer	13	74	87
	Varón	6	52	58
Total		19	126	145

*Gráfico 24: Tabla cruzada Sexo *Cálculo Ideación paranoide*



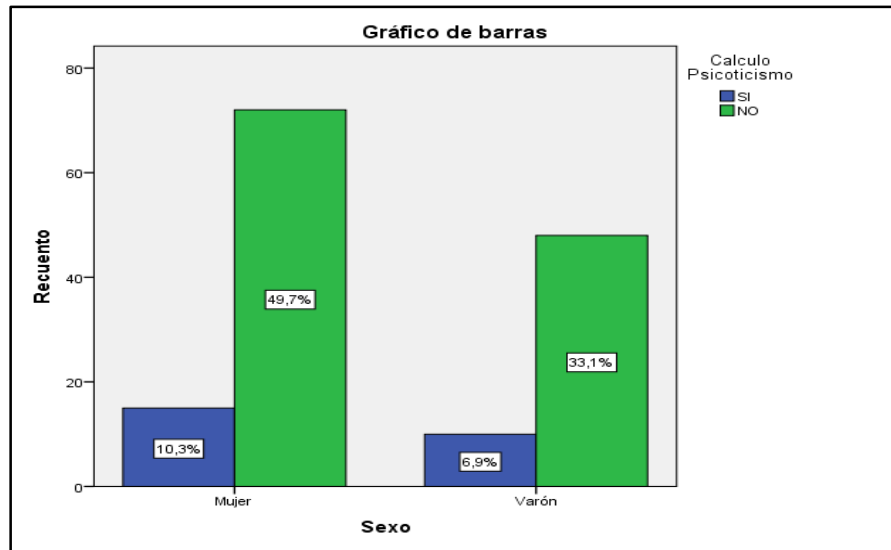
Interpretación:

El gráfico indica la relación entre el sexo de los estudiantes y la ideación paranoide, en el cual el 9% de las mujeres y el 4,1% de los varones presentan este síntoma, a diferencia del 51% de las mujeres y el 35,9% de los varones que no muestran esta característica.

Tabla 25. Tabla cruzada Sexo *Cálculo Psicoticismo

		Calculo Psicoticismo		Total
		SI	NO	
Sexo	Mujer	15	72	87
	Varón	10	48	58
Total		25	120	145

Gráfico25: Tabla cruzada Sexo *Cálculo Psicoticismo

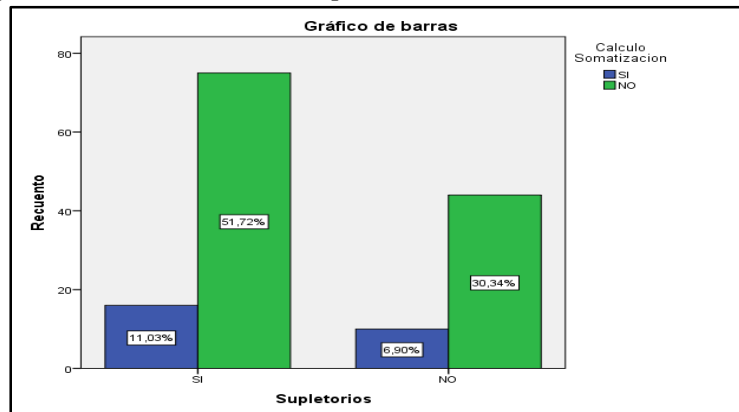


Interpretación:

En el caso de la relación entre sexo del estudiante y el Psicoticismo, el 10,3% de las mujeres y el 6,9% de los varones presentan este síntoma en su análisis, mientras que el 49,7% de las mujeres y el 33,1% de los varones no presenta el mismo.

3.1.4 Relación de síntomas clínicos con rendimiento escolar

Gráfico 26: Tabla cruzada Supletorios*Calculo Somatización



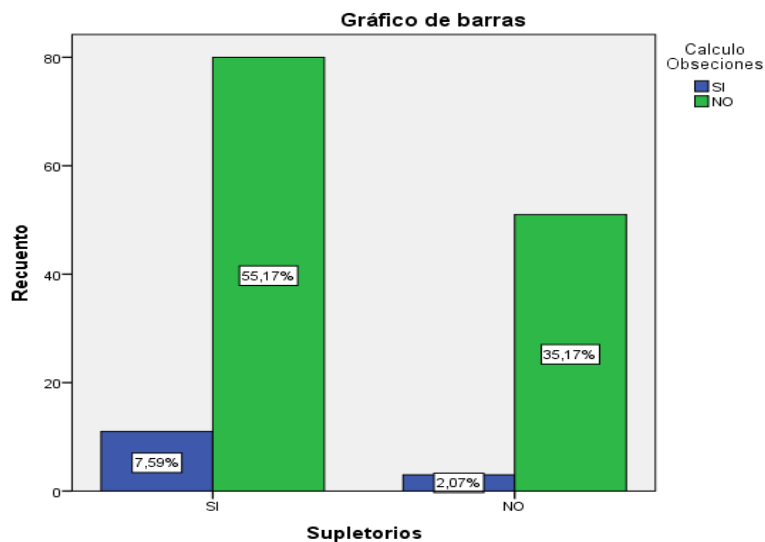
Interpretación:

Al realizar la relación entre los síntomas y los supletorios se puede ver que el 11,03% de los estudiantes que tienen supletorios y el 6,90% de los jóvenes que no tienen supletorios tienen somatización, mientras que el 51,72% de los estudiantes que tienen supletorios y el 30,34% de los que no tienen supletorios no tienen somatización.

Tabla 27. Tabla cruzada Supletorios*Calculo Obsesiones

		Calculo Obsesiones		Total
		SI	NO	
Supletorios	SI	11	80	91
	NO	3	51	54
Total		14	131	145

Gráfico 27. Tabla cruzada Supletorios*Calculo Obsesiones



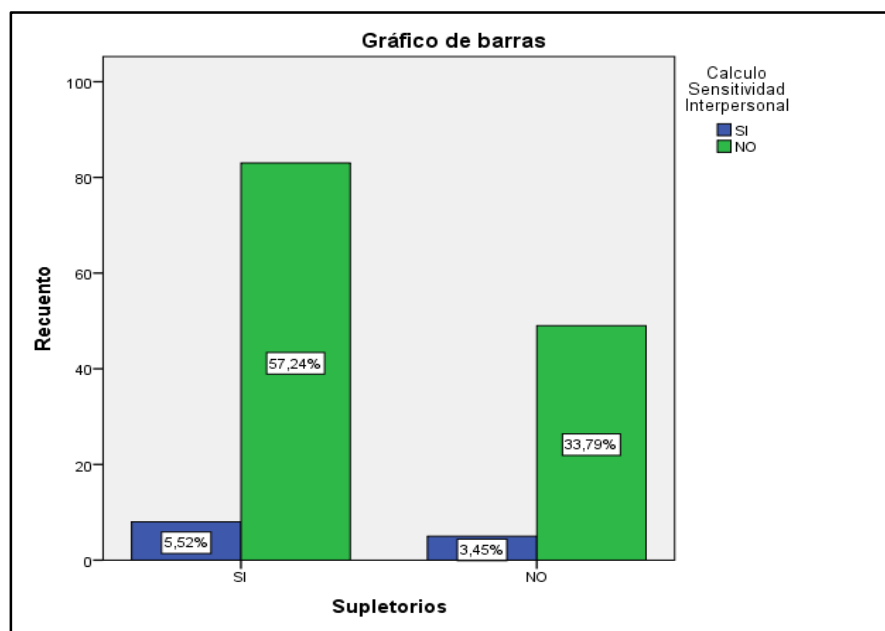
Interpretación:

En la relación supletorios y obsesión, el 7,59% de los que tienen supletorios y el 2,07% de los que no tienen supletorios, tienen obsesiones; mientras que el 55,17% de los que tienen supletorios y el 35,17% de los que no tienen supletorios, no presentan obsesiones.

Tabla 28. Tabla cruzada Supletorios*Calculo Sensibilidad Interpersonal

		Calculo Sensibilidad Interpersonal		Total
		SI	NO	
Supletorios	SI	8	83	91
	NO	5	49	54
Total		13	132	145

Gráfico 28. Tabla cruzada Supletorios*Calculo Sensibilidad Interpersonal



Interpretación:

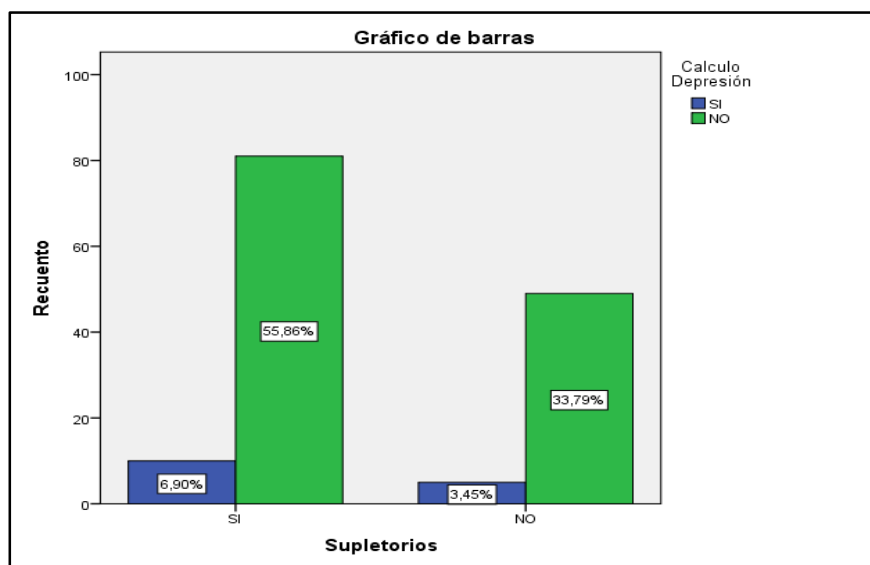
En este caso, se puede observar que el 5,52% de los estudiantes que tienen supletorios y el 3,45% de los que no tienen supletorios, tienen Sensibilidad Interpersonal; mientras que el

57,24% de los alumnos con supletorios y el 33,79% de los que no los tienen, no presentan casos de sensibilidad interpersonal.

*Tabla 29. Tabla cruzada Supletorios*Calculo Depresión*

		Calculo Depresión		Total
		SI	NO	
Supletorios	SI	10	81	91
	NO	5	49	54
Total		15	130	145

*Gráfico 29. Tabla cruzada Supletorios*Calculo Depresión*



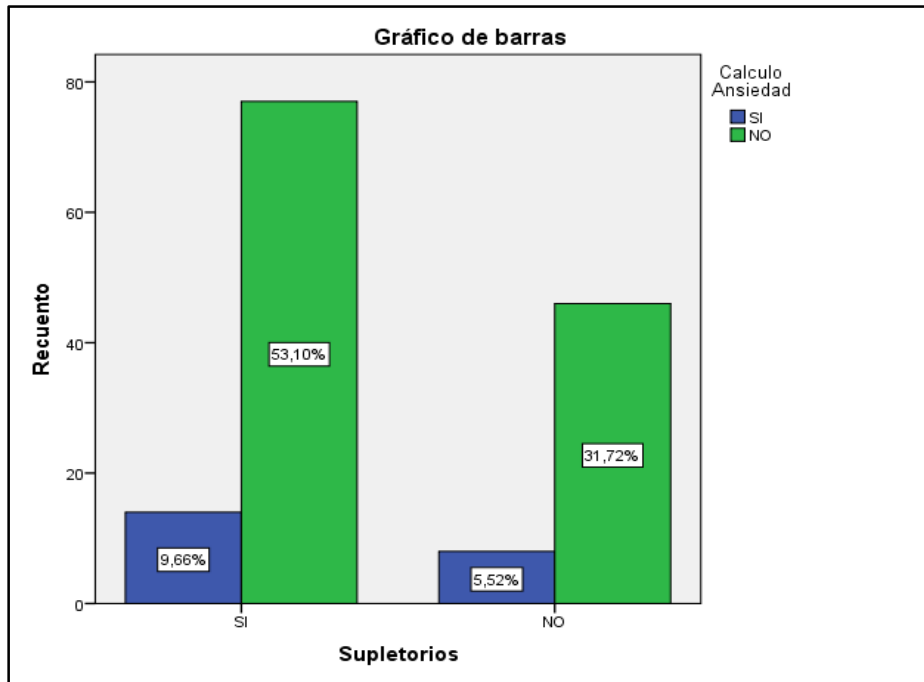
Interpretación:

En el caso de la relación entre la depresión y los supletorios, el 6,90% de los jóvenes que tienen supletorios y el 3,45% de los que no tienen supletorios, presentan este síntoma; mientras que el 55,86% de los que tienen supletorios y el 33,79% de los que no tienen supletorios, no presentan depresión.

*Tabla 30. Tabla cruzada Supletorios*Calculo Ansiedad*

		Calculo Ansiedad		Total
		SI	NO	
Supletorios	SI	14	77	91
	NO	8	46	54
Total		22	123	145

*Gráfico 30: Tabla cruzada Supletorios*Calculo Ansiedad*



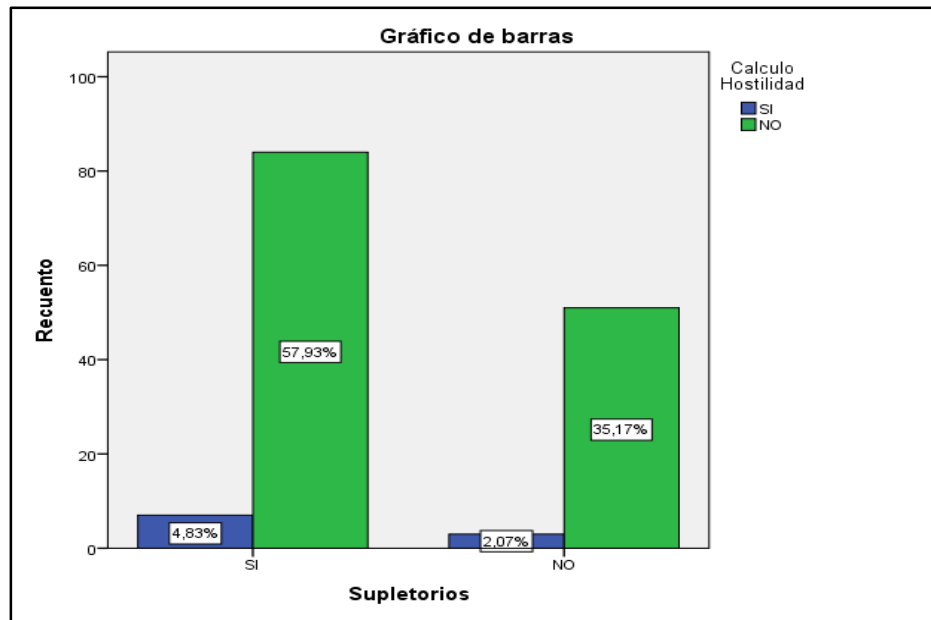
Interpretación:

Al relacionar los supletorios con la ansiedad en los estudiantes se puede observar que el 9,66% de los que tienen supletorios y el 5,52% de los que no tienen supletorios, presentan ansiedad; en cambio el 53,10% de los que tienen supletorios y el 31,72% de los que no tienen supletorios, no presentan este síntoma.

Tabla 31. Tabla cruzada Supletorios*Calculo Hostilidad

		Calculo Hostilidad		Total
		SI	NO	
Supletorios	SI	7	84	91
	NO	3	51	54
Total		10	135	145

Gráfico 31: Tabla cruzada Supletorios*Calculo Hostilidad



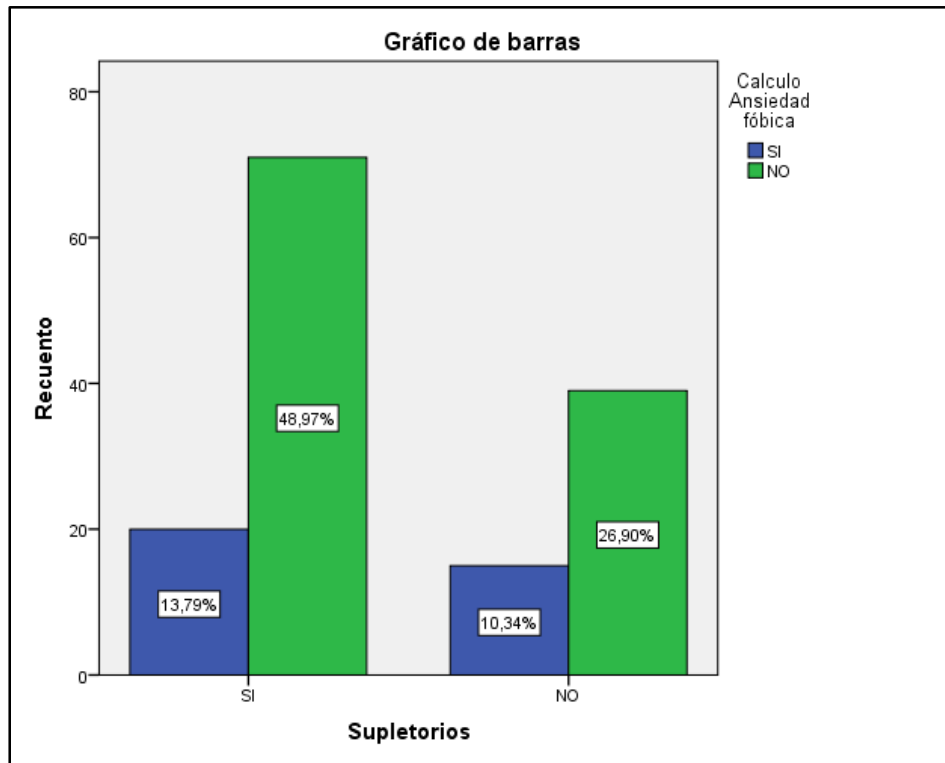
Interpretación:

En la relación hostilidad y supletorios, el 4,83% y el 2,07% de los estudiantes que tienen supletorios presentan este síntoma; mientras que el 57,93% de los alumnos que tienen supletorios y el 35,17% de los que no tienen supletorios no presentan hostilidad.

Tabla 32. Tabla cruzada Supletorios*Calculo Ansiedad fóbica

		Calculo Ansiedad fóbica		Total
		SI	NO	
Supletorios	SI	20	71	91
	NO	15	39	54
Total		35	110	145

Gráfico 32. Tabla cruzada Supletorios*Calculo Ansiedad fóbica



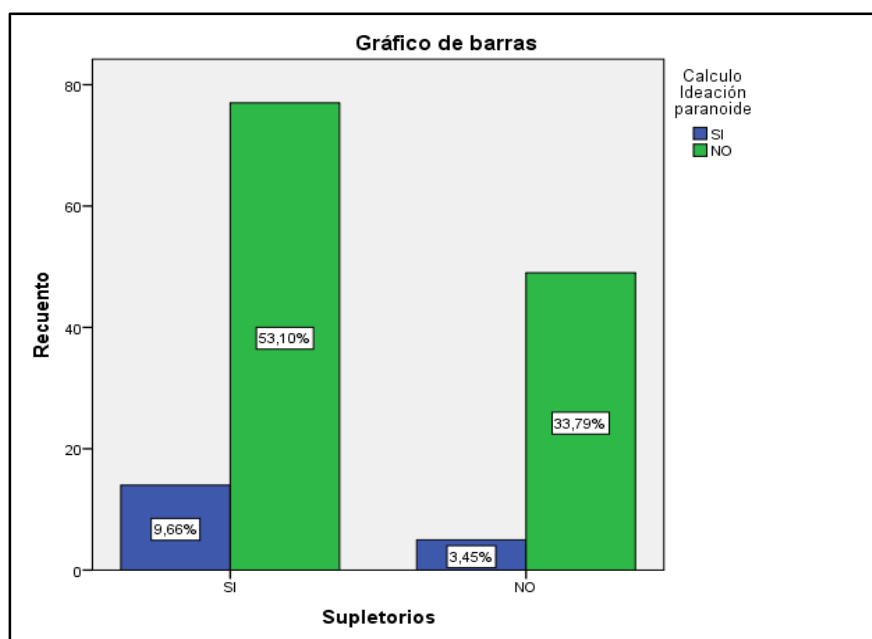
Interpretación:

En el caso de la relación supletorios y Ansiedad fóbica, el 13,79% de los que tienen supletorios y el 10,34% de los que no tienen supletorios presentan este síntoma, mientras que el 48,97% de los que tienen supletorios y el 26,90% de los que no tienen supletorios no presentan ansiedad fóbica.

Tabla 33. Tabla cruzada Supletorios*Calculo Ideación paranoide

		Calculo Ideación paranoide		Total
		SI	NO	
Supletorios	SI	14	77	91
	NO	5	49	54
Total		19	126	145

Gráfico 33: Tabla cruzada Supletorios*Calculo Ideación paranoide



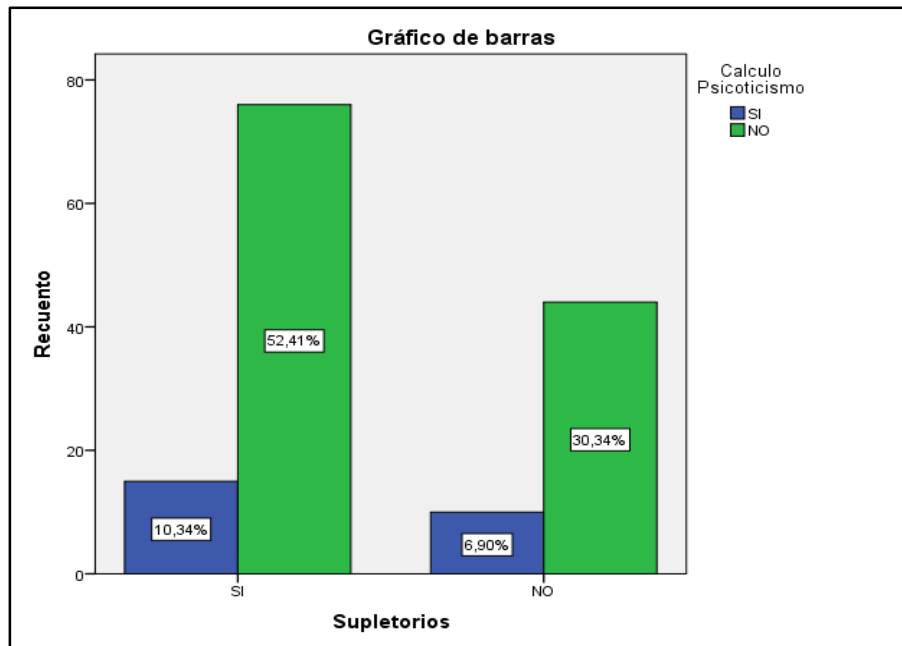
Interpretación:

En la relación ideación paranoide y los supletorios, el 9,66% de los que tienen supletorios y el 3,45% de los que no tienen supletorios dan muestras de este síntoma, mientras que el 59,10% de los que tienen supletorios y el 33,79% de los que no tienen no presentan este síntoma.

*Tabla 34. Tabla cruzada Supletorios*Calculo Psicoticismo*

		Calculo Psicoticismo		Total
		SI	NO	
Supletorios	SI	15	76	91
	NO	10	44	54
Total		25	120	145

*Gráfico 34.: Tabla cruzada Supletorios*Calculo Psicoticismo*



Interpretación:

En la relación supletorios y Psicoticismo, el 10,34% de los estudiantes que si tienen supletorios y el 6,9% de los que no tienen supletorios presentan este síntoma, a diferencia del 52,41% de los estudiantes que tienen supletorios y el 30,34% que no tienen supletorios no presentan este síntoma.

CAPÍTULO 4

Discusión y Conclusiones

4.1 Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo relacionar síntomas clínicos y rendimiento académico presente en los adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Juan Bautista Vázquez. Para lo cual se evaluó a 145 estudiantes de la edad de 15 y 16 años.

Según los resultados obtenidos en el estudio con respecto a la intensidad de síntomas clínicos presentes en los adolescentes, se puede observar que, de los 145 estudiantes, 70 alumnos (48,3%) presentan síntomas clínicos, un poco menos de la mitad. Estos resultados se asemejan a un estudio realizado por García y Ocaña (2016), en una población adolescente de la ciudad de Chiapas, México donde se aplicó escalas de Depresión, Impulsividad y Autoestima, concluyendo que un poco menos de la mitad de los participantes (49%) presentaron sintomatología depresiva, impulsividad y baja autoestima.

De la misma manera, en un estudio realizado por Alemán y Figueroa (2017), en la ciudad de Cuenca con una población de 414 estudiantes de primero de bachillerato para identificar alteraciones del estado mental; se encontró que existe presencia de alteraciones mental de manera significativa, síntomas clínicos como la ansiedad con el 29,87% y depresión con 25,97% (Alemán & Figueroa , 2017).

Se encontró que las mujeres mostraban niveles de síntomas clínicos mayores a los varones. Estos datos, concuerdan con el estudio de Sánchez, donde se concluía que las mujeres adolescentes presentaban mayores síntomas clínicos como ansiedad, depresión y ansiedad fóbica (Sánchez, 2015).

Con respecto a los síntomas clínicos más frecuentes o posibles trastornos clínicos en los adolescentes, los datos obtenidos mostraron que el promedio más alto es la Ansiedad Fóbica, seguido por la dimensión de Somatización y Psicoticismo; mientras que las dimensiones con menor promedio fueron Obsesiones, Hostilidad y Sensibilidad Personal. Esta investigación se asimila a un estudio realizado por Narváez (2017), en una población adolescente en edades de 15 a 19 años, mediante el SCL 90R, presentaron en su mayor parte síntomas como Ansiedad, Psicoticismo y Somatización (Narvaez, 2017). A diferencia de otra investigación por Alcázar y Parada (2014), sobre síntomas psicopatológicos en adolescentes evaluado con el SCL-90-R en una muestra de 935 adolescentes españoles entre los 12 y 18 años, se observó que los síntomas más destacados fueron Obsesión y Sensibilidad Personal (Alcazar & Navas, 2014).

En cuanto a la Ansiedad fóbica, como síntoma con mayor prevalencia concuerda con la investigación de Marín, Martínez y Ávila (2015), puesto que la ansiedad social se ha mostrado como la sintomatología más alta en una población de 317 adolescentes (Marín, Martínes, & Ávila , 2015).

Otro de los datos obtenidos, son los supletorios, de la muestra el 62,8 % de estudiantes presentaron supletorios y el 37,2% no presentaron supletorios. Estos datos presentan gran similitud con la investigación de Guerrero (2016) en el rendimiento académico en estudiantes de la Unidad Educativa “Francisco Flor – Gustavo Eguez”, de la ciudad de Ambato, provincia de Tungurahua, mostrando que existen dificultades en el rendimiento académico ya que presenta un elevado número de estudiantes con bajas calificaciones; el 60,4 % de los alumnos tienen un promedio inferior y el 39,6 % tienen un promedio superior (Guerrero, 2016).

Respecto, a la relación entre los síntomas clínicos y rendimiento académico. El 62,8 % de estudiantes se quedaron en supletorios. De este porcentaje, el 37,1% presentan síntomas clínicos. El rendimiento académico fue un predictor significativo de los síntomas clínicos. Esto es congruente con una investigación realizada en Perú por Sánchez (2014), sobre Salud Mental y Redimiendo Académico en adolescentes, donde se encontró una relación directa entre una baja salud mental con un menor rendimiento escolar (Sanchez, 2014). De la misma manera, otro estudio sobre la Relación entre ansiedad, asertividad y rendimiento académico en una muestra de estudiantes de secundaria; mostró que síntomas clínicos como la ansiedad influyen en el rendimiento académico (Fragoso, Guevara, & Rodriguez, 2018). Una investigación realizada por Yépez (2017) en Quito – Ecuador sobre La Depresión y rendimiento académico de los estudiantes de octavo y noveno de educación general básica, se identificó que el 39% de estudiantes presentaron depresión y 38% presentaron bajas calificaciones. Evidenciando que las dos variables tienen mucha aproximación una de la otra (Yépez, 2017).

Por otro lado, existe un estudio realizado en Murcia, España sobre Autoeficacia Académica y Ansiedad (2018), concluyendo una correlación negativa entre autoeficacia académica y ansiedad; es decir, a mayor autoeficacia menores niveles de ansiedad (Gutierrez & Landeros, 2018). Otro estudio sobre Relación entre ansiedad, inteligencia y rendimiento académico en estudiantes, llevado a cabo por Palacios (2016) en la ciudad de Cuenca. El estudio se realizó con 453 estudiantes, de la ciudad de Cuenca – Ecuador y se determinó que los niveles de ansiedad en general son bajos sin que se muestre una relación entre rendimiento académico y ansiedad (Palacios, 2016). Estas investigaciones claramente contrastan con los datos obtenidos en nuestro estudio.

4.2 Conclusiones

En términos generales el estudio realizado permitió obtener información relevante y a la vez identificar la prevalencia de síntomas clínicos y su relación con el rendimiento académico, para llegar a las siguientes conclusiones:

- La investigación llevada a cabo, permitió establecer que todos los examinados fueron adolescentes de la edad de 15 y 16 años, distribuidos en un 60% mujeres y 40% varones.
- Mediante el SCL-90R, se determinó que 70 estudiantes presentan síntomas clínicos, lo que representa el 48,3% de la población investigada. Y el 51,7% no tiene síntomas clínicos.
- Los síntomas clínicos que mostraron mayor prevalencia fueron Ansiedad Fóbica (24,1%), de este porcentaje 60% son mujeres y 40% son varones. Otro síntoma relevante fue, Somatización (17,9%), de este porcentaje el 53,84% son mujeres y el 46,15% son varones. El siguiente síntoma Psicoticismo (17,2%), el 60% son mujeres y el 40% varones. Y finalmente el síntoma con mayor prevalencia es Ansiedad (15,2%), de este porcentaje 68,18% son mujeres y el 31,81% varones. Es importante manifestar, que varios adolescentes presentaron uno o más síntomas clínicos.
- El estudio mostró que el bajo rendimiento académico es notable en la mayoría de estudiantes analizados. El 62,8 % de alumnos se quedaron en supletorios. De este porcentaje, el 37,1% presentan síntomas clínicos.
- En relación entre rendimiento académico y sexo, se encontró mayor supletorios en mujeres (54,94%). Este resultado probablemente se deba a que los participantes en su mayoría fueron mujeres.

- Se demostró una relación significativa entre los síntomas clínicos y el rendimiento académico, ya que existió una correlación positiva. Estos resultados son conformes con la hipótesis planteada al inicio del estudio.
- Algunas limitaciones de la investigación fue que al inicio al verificar el rendimiento académico de los estudiantes se comprobó que la mayoría de alumnos presentaban una calificación mayor a 7 a pesar de presentar varios supletorios. Lo que conllevó a tomar como variable el supletorio. Lo cual facilitó la investigación.

Finalmente, la presencia de síntomas clínicos influye de manera directa en el rendimiento académico de los adolescentes. Sin duda alguna, los estudiantes con síntomas clínicos, se verán afectados en su motivación, en su interés por actividades y no rendirán de manera correcta, por lo tanto, afectara su desempeño estudiantil.

4.3 Recomendaciones

El presente estudio es un primer paso para futuros estudios sobre la misma temática.

Realizar el análisis a estudiantes de otras edades, específicamente menores a 16 años para ver si la edad es un factor que puede provocar síntomas clínicos.

Dado que la investigación revela un gran porcentaje de síntomas clínicos. Se recomienda a los estudiantes que presentaron síntomas, se debe realizar una evaluación específica, para ver si requieren tratamiento.

Además, se considera necesario realizar programas de prevención, destinados a analizar y focalizar síntomas clínicos, tales como Ansiedad, Psicoticismo, Somatización y Depresión, que se encuentran ligadas al bajo rendimiento académico, para así generar nuevas propuestas dirigidas a los estudiantes.

Es importante la detección temprana de síntomas mediante psi coeducación a profesores y padres de familia. En donde se enfatice la importancia de prestar mayor atención a los estudiantes ante cualquier señal.

Finalmente, se estima pertinente desarrollar un programa de psi coeducación a los estudiantes. Donde se proporcione información a los adolescentes, acerca de posibles manifestaciones clínicas para que sean capaces de detectar y hacerle frente.

Referencias Bibliográficas

- Acevedo , K. (2018). IDENTIFICACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON LA FAMILIA. *Salud Mental Comunitaria*, 12.
- Acevedo , K., & Pisco, M. (2018). Identificación de la Salud Mental. *Salud Mental Comunitaria*, 12.
- Alcazar, R., & Navas, J. (2014). Síntomas psicopatológicos en adolescentes españoles: relación con los estilos parentales percibidos y la autoestima. *Scielo*.
- Alemán, P., & Figueroa , D. (2017). SALUD MENTAL DE LOS ALUMNOS DE PRIMERO DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA TÉCNICO SALESIANO Y DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR. *Universidad de Cuenca*, 73.
- APA. (2014). *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. Arlington: Editorial Medica Panamericana.
- Ardilla, N. (1980). La adolescencia: factores criticos. *Revista Latinoamericana de Psicología* .
- Cando, I. (2017). Ansiedad y Depresión . *Universidad Nacional de Chimborazo*, 149.
- Educación, M. d. (2017). *Manual para la implementación y evaluación de los estándares de calidad educativa*. Quito.
- Fragoso, C., Guevara, Y., & Rodriguez, D. (2018). Relacion entre asertividad, ansiedad y rendiendo academico. *Instituto Ciencias de la Salud*.
- García , F. (2017). Ansiedad y Rendimiento Académico en estudiantes de 7 a 15 años de la Unidad Educativa Navarra del Sur de Quito.
- García , F. (2017). ANSIEDAD Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESTUDIANTES DE 7 A 15 AÑOS.
- García, F. (2017). ANSIEDAD Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESTUDIANTES DE 7 A 15 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA NAVARRA DEL SUR DE QUITO.
- García, M., Sayers, S., & Martinez, A. (2014). Desarrollo de un instrumento para identificar sintomatología obsesiva-compulsiva en niños/as y adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 15.
- Gil, C. (05 de 05 de 2015). Uno de cada 20 adolescentes tiene un comportamiento «hostil» ante la autoridad. *Uno de cada 20 adolescentes tiene un comportamiento «hostil» ante la autoridad*.
- Gonzalez, C., Hermosillo, A. E., Vacio, M., & Peralta, R. (mar./abr. de 2015). *Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica*. Obtenido de Scielo: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462015000200149

- Guerrero, V. (2016). HABILIDADES SOCIALES Y EL RENDIMIENTO ACADÉMICO . *Universidad Técnica de Ambato*.
- Gutierrez, A., & Landeros, G. (2018). Autoeficacia academica y ansiedad. *Revista Costarricense de Psicología*.
- Healthwise. (2019). Ira, hostilidad y conducta violenta. *Nort Shore*.
- Hidalgo Vicarioa, M., & Ceñal González, M. (2014). Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Hablemos de*, 43.
- Hidalgo, V., & Hidalgo, G. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. *Pediatría Integral*.
- Infogen. (2015). Sexo y Adolescencia.
- INSM. (2017). *Trastorno Obsesivo Compulsivo*. Estados Unidos: NIH. Obtenido de https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-obsesivo-compulsivo/pdf_sqf-16-4676_157321.pdf
- Ives, E. (2014). La identidad del Adolescente. *Salud Mental*, 5.
- Lara Alberca, J. (1966). Adolescencia cambios fisicos y cornitivos. *Dialnet*, 124.
- Lazo, V. (2015). Manifestaciones de la depresión y rendimiento académico de adolescentes. *Universidad de Cuenca*.
- Mardomingo, M. (2005). Trastornos de ansiedad en el adolescente. *Pediatr Integral* , 10.
- Marín, A., Martínez, G., & Ávila , J. (2015). Detección de sintomatología de ansiedad social y factores asociados en adolescentes de Motul, Yucatán, México. *Biomédica*.
- Monroy, A. (8 de abril de 2018). ¿Cuál es el estado de la salud mental en Ecuador?
- Montaño, S. (2015). Sobre la heterogeneidad del TOC. *Psicología*, 45.
- Muñoz, F. (2000). *Adolescencia Y agresividad*. Obtenido de BUCM: <http://webs.ucm.es/BUCM/tesis//19972000/S/4/S4017401.pdf>
- Narvaez, P. (2017). "Perfil psicológico y social de las adolescentes en edades entre los 15 a 19 años . *Universidad Central del Ecuador*.
- Navarro, J., Moscoso, M., & Calderon, G. (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*.
- OMS. (2011). Desarrollo en la Adolescencia.
- Ospina, F., & Hinestrosa, M. (2014). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Scielo*.
- Palacios, P. (2016). Relacion entre ansiedad, inteligencia y rendimiento academico en estudiantes. *Universidad del Azuay*.

- Quito, D. I. (04 de Julio de 2014). Tres causas del rendimiento académico. *Tres causas del rendimiento académico*.
- Sánchez. (2015). Trastornos psiquiátricos . *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*.
- Sanchez, E. (2014). Salud mental y el rendimiento escolar en adolescentes. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud*.
- Sanitaria. (24 de febrero de 2017). *Redaccion Médica*. Obtenido de <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-entre-los-pa-ses-con-m-s-casos-de-depresi-n-en-latinoam-rica-89705>
- Santrock, J. W. (2004). *Adolescencia*. España: Internamericana de España.
- UNICEF. (2002). Adolescencia . *Pub Adolescentes*.
- Valderrama, L. (2016). PROBLEMAS DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES . *Universidad de Malaga*, 146.
- Verano, G. (2016). CAMBIOS EMOCIONALES EN LA ADOLESCENCIA. *Villena*.
- Yépez, A. (2017). *La depresión y el rendimiento académico de los estudiantes de octavo y noveno año de educación general básica*. Quito.

ANEXOS

ANEXO 1. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN



Azogues, 21 de junio 2018

Lda. Priscila Mantilla
RECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA "JUAN BAUTISTA VÁSQUEZ"

Ciudad.-

Luego de presentarle nuestro atento saludo, pedimos a Usted muy comedidamente, la autorización correspondiente para la aplicación una prueba de síntomas psicológicos a los estudiantes de primero de bachillerato, los datos obtenidos serán de absoluta confidencialidad y con fines estrictamente académicos.

Con sentimientos de alta consideración y estima suscribimos de Usted.

Atentamente,


Mg. Sebastián Herrera Puente
DIRECTOR DE TESIS


Jessica Terán González
EGRESADAS DE PSICOLOGÍA CLÍNICA


UNIVERSIDAD DE
AZUAY
Escuela
Psicología

21 JUN 2018
 

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ADOLESCENTE

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTES

Síntomas clínicos y rendimiento escolar en adolescentes de primero de bachillerato de la Unidad Educativa Juan Bautista Vázquez

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Jessica Terán, estudiantes de la Escuela de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay.

La meta de este estudio es conocer la prevalencia de síntomas clínicos y cómo influyen en el rendimiento escolar, mediante la aplicación de un test que consta de noventa preguntas.

No existen beneficios económicos o académicos, sin embargo al ser partícipe de esta investigación permitirá comprender como se construye o se ve influenciada la identidad a partir de la actividad en las redes sociales.

No existen riesgos para su integridad física o psicológica en este estudio.

La participación en esta investigación es estrictamente voluntaria, durante la misma su anonimato estará garantizado, es decir no se compartirá información personal ni su identidad. Además, la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera del establecido en el estudio.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerla ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado la investigación. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento del estudio sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Jessica Terán.

He sido informado del propósito, los beneficios, riesgos y derechos que tengo al ser participe del estudio. Además se me ha indicado que puedo retirarme en el momento que desee, que puedo no responder algunas preguntas si lo prefiero y que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzada (o) a hacerlo.

Nombre del participante: _____

Firma del Participante: _____

Numero de contacto: _____

Fecha: _____

La investigadora ha explicado personalmente la investigación al participante y han respondido a las preguntas generadas por el mismo. El participante entiende la información descrita en este documento y consiente libremente el participar en esta investigación.

Investigadora responsable

Jessica Terán

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PADRES

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

Síntomas clínicos y rendimiento escolar en adolescentes de primero de bachillerato de la Unidad Educativa Juan Bautista Vázquez

El presente estudio estará conducido por Jessica Terán, estudiantes de la Escuela de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay.

Su hijo (a) o representado (a) ha sido invitado (a) a participar en este estudio, que tiene como objetivo comprender la prevalencia de síntomas clínicos en adolescentes.

Si Ud. acepta la participación de su hijo (a) o representado (a), el procedimiento se llevará a cabo mediante la aplicación de un test, el cual consta de noventa preguntas.

No existen beneficios para usted o para su hijo (a) o representado (a) por la participación en este estudio. Sin embargo, el hecho de que responda las preguntas contribuirá a comprender como influye la prevalencia de síntomas clínicos en el rendimiento escolar de los adolescentes

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado (a) a hacerlo.

Investigadora responsable

Jessica Terán

Nombre padre, madre o representante: _____

Firma: _____

Fecha: _____

