



Psychologia. Avances de la disciplina

ISSN: 1900-2386

psychologia@usbog.edu.co

Universidad de San Buenaventura

Colombia

Moreno, Jaime; Escobar, Andrea; Vera, Anderssen; Calderon, Tatiana; Villamizar, Luisa  
Asociación entre depresión y rendimiento académico en un grupo de niños de la localidad de Usaquén  
Psychologia. Avances de la disciplina, vol. 3, núm. 1, enero-junio, 2009, pp. 131-156  
Universidad de San Buenaventura  
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225173007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN UN GRUPO DE NIÑOS DE LA LOCALIDAD DE USAQUÉN

## ASSOCIATION IN A GROUP OF CHILDREN OF USAQUÉN'S LOCALITYBETWEENDEPRESSIONANDACADEMICPERFORMANCE

JAIME HUMBERTO MORENO MÉNDEZ\*, ANDREA ESCOBAR ALTARE,  
ANDERSSEN VERA MALDONADO, TATIANA ANDREA CALDERON Y LUISA  
FERNANDA VILLAMIZAR  
UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA BOGOTÁ, D.C.

---

FECHA RECIBIDO: 08/03/09

FECHA ACEPTADO: 24/05/09

---

### RESUMEN

El presente estudio tuvo como propósito describir y asociar la depresión y el rendimiento académico en un grupo de niños entre 8 y 11 años, de colegios distritales de la localidad de Usaquén, en la ciudad de Bogotá. Para tal fin, se llevó a cabo un estudio empírico-analítico, con un diseño descriptivo y método de asociación. Para la presente investigación se empleó, el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs y Beck (CDI) y la sub escala de depresión de la Lista de Chequeo de la Conducta Infantil – Formato para Padres de Achenbach y Edelbrock (CBCL), además, se realizó la revisión del boletín escolar de los niños para determinar su rendimiento académico con el fin de establecer si existía asociación entre depresión y rendimiento académico. Como resultado de esta investigación se encontró que pese a que no se logró

---

\* Docente Universidad de San Buenaventura Bogotá, D.C. Grupo de Investigación Infancia, Cultura y Sociedad. Mail: jaimehm@yahoo.com

establecer dicha asociación, es de suma importancia considerar los indicadores de sintomatología depresiva obtenidos, encontrando un mayor porcentaje en el género masculino que en el femenino. Asimismo, se observó que el nivel de rendimiento académico de esta población es bajo.

**Palabras clave.** Psicopatología infantil, conducta internalizante, depresión y rendimiento académico.

## ABSTRACT

The present study had as intention describe and associate the depression and the academic performance in a group of children between 8 and 11 years, colleges of the district town of Usaquén in the city of Bogotá, D.C. To this end, to carry out an empirical-analytic study, with a descriptive design and method of association. For this research was used the child depression inventory (CDI) and the scale depression of child behaviour checklist (CBCL) parent's report, Also, the bulletin was revised from school children to determine their academic performance in order to determine whether or not there were relationship between depression and academic achievement. As a result of this investigation found that although it was not achieve to establish such a association is of utmost importance to consider indicators of sintomatology depressive got, finding an major percent in the masculine gender that feminine. Likewise, it's observed that nivel of academic achievement in this people is low.

**Key words.** Infantile pscopathology, Internalizing behavior, depression and academic achievement.

La psicopatología es el área que se encarga de describir, observar y evaluar la conducta anormal, que varía de acuerdo a la frecuencia, la intensidad y la duración.

El objetivo de la investigación psicopatológica está ligado al funcionamiento de los procesos cognitivos como la atención, la percepción, la memoria o el procesamiento, también a las intenciones, actitudes, afectos y sentimientos, ya que, todos estos forman parte de la estructura del conocimiento y participan en la adquisición y transformación de éste (Belloch, Sandin & Ramos, 1995).

Ésta ha tenido una evolución significativa, ya que en un inicio se preocupó por trabajar sólo con adultos, posteriormente, empezó a ocuparse de la infancia y adolescencia; en el trabajo con niños, los problemas de comportamiento, emocionales y afectivos, ameritan una comprensión de las causas que los determinan, y así mismo, se intenta dar respuesta a estas problemáticas (Rodríguez, 1998).

Dentro de la comprensión de estos problemas en los niños, Achenbach propone una perspectiva dimensional constituida por conductas externalizantes e internalizantes. Las conductas externalizantes, incluyen la conducta antisocial, la agresividad verbal y la búsqueda de atención entre otros; mientras que las conductas internalizantes se caracterizan por ansiedad, depresión, quejas somáticas y problemas de relación. La internalización puede tener consecuencias negativas, como efectos sobre la autoestima, rendimiento académico, problemas con la salud y problemas psicológicos a futuro; sin embargo, debido a la internalización de los problemas, puede que éstos no sean identificados a simple vista (Sourander & Helstelä, 2005).

Diferentes estudios sugieren que las conductas internalizantes son relativamente estables a través de la infancia y van aumentando un poco durante la adolescencia; sin embargo, el miedo en la infancia y la depresión en esa etapa del ciclo vital, son predictores de un posible desarrollo de las conductas internalizantes en la adolescencia para ambos sexos (Leve, Kim & Pears, 2005).

Las actitudes sobre la presencia de los trastornos del humor en la niñez, han ido evolucionando en el pensamiento psiquiátrico desde la negación de su existencia antes de la adolescencia tardía, hasta su reconocimiento como entidad propia, incluso en edades tempranas.

Uno de los trastornos del estado del ánimo más estudiado ha sido la depresión, en ese sentido se ha reportado que la prevalencia del trastorno depresivo en población infantil, es aproximadamente del 2% (1M/1F) y en la adolescencia del 4-8% (1M/2F).

Gutiérrez (2007), resalta un estudio realizado por Hammen y cols. (1991), donde se estudiaron niños con edades entre los 8 y los 16 años comparándolos con 4 grupos distintos de madres: depresión unipolar, depresión bipolar, enfermedad médica crónica y madres sanas. Los peores resultados aparecen en los hijos de madres con depresión unipolar: una comorbilidad diagnóstica de 2.6 por niño, el 50% con trastorno afectivo y el 45% con trastorno depresivo mayor (frente al 11% en población sana); en el estudio de Weissman (1992) siguen, durante 10 años hijos de padres enfermos e hijos de padres sanos y se encuentra que en los hijos de padres enfermos existen porcentajes más altos de depresión mayor (x3), alcoholismo (x5), fobias (x3) y crisis de angustia (x5), a la vez que se ha encontrado una tasa de suicidio 5 veces más alta. Por otro lado, los hijos de padres con trastorno bipolar tienen 2.7 veces más probabilidad de desarrollar cualquier trastorno psiquiátrico y 4 veces más de desarrollar un trastorno afectivo.

La edad de aparición de la depresión está disminuyendo, de tal forma que muchos individuos experimentarán sus primeros episodios durante la adolescencia. La prevalencia general varía desde 0,4% a 2,5% y es mayor en adolescentes que en niños (Reinmunde, 2003).

Se estima que la prevalencia de depresión mayor es aproximadamente del 0.5% para la edad preescolar, sube al 2% en la edad escolar y se incrementa sustancialmente en la edad adolescente, pudiendo llegar incluso hasta un 5% (Gutiérrez, 2007).

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

En el 2001, se realizó un estudio, con 118 sujetos (60 niños, 58 niñas) entre los 10 y 11 años de 3 colegios públicos de Madrid, donde se evaluó

la relación entre depresión, lateralidad, asimetría de las funciones cognitivas y rendimiento académico, todas estas, vinculadas con la preferencia hemisférica en el uso de estrategias de aprendizaje. Se aplicaron tres pruebas (Cuestionario de lateralidad, aptitudes mentales primarias (PMA) y el cuestionario de depresión infantil (CDS)), los resultados fueron los siguientes; en el grupo de depresión se obtuvieron bajos puntajes en la fluidez verbal (hemisferio izquierdo) y en concepción espacial (hemisferio derecho) que el grupo sin depresión. En las niñas de 11 años con depresión, se observa el patrón de lateralidad más definido, así como un peor rendimiento aptitudinal y académico que en el resto de los grupos. Lo que sugiere incluir en los centros educativos, equipos especializados para el estudio de las anteriores variables en niños para mejorar el proceso de aprendizaje (Gómez, 2001).

La presencia de un episodio depresivo mayor es un importante factor de riesgo de suicidio en todas las etapas del desarrollo.

Los niños, igual que los adultos, pueden presentar depresión y esta puede manifestarse de distintas formas. Pues los grados y la variación se alteran de acuerdo al sujeto. Pero en general, en un niño deprimido, la tristeza es mayor, más frecuente y duradera (Rodríguez, 1998).

La depresión en los niños es diferente a la observada en la persona adulta. El niño desarrolla una actitud negativa, desafiante y agresiva. Se enfurece permanentemente, principalmente a lo concerniente con los adultos ya sean padres, maestros y diferentes familiares; es inestable y su humor tiende a ser voluble (Méndez, 2002).

Muchas veces se torna vulnerable a las enfermedades eventuales. Puede producir problemas alimenticios o trastornos del sueño. Todo depende de la edad en que se manifiesten estos problemas. Estas conductas no son correctamente interpretadas por los adultos, ya que, tienen sus propios problemas, se frustran y evitan esta situación a través de castigos o de consultas a profesionales especializados. El hecho es que no pueden

resolverlos, situación que aumenta el estado de fragilidad en el niño que siente que sus propios padres no lo pueden ayudar, no lo comprenden y se enojan con él (Krawchik, Mías & Querejeta, 2006).

Los niños deprimidos en ocasiones se sienten irritables, aburridos, cansados, indecisos e incluso la idea de muerte puede pasar por la cabeza de los infantes en situaciones muy concretas (Méndez, 2002).

Cova, Maganto y Melipillán (2005), hacen referencia al planteamiento de Nolen-Hoeksema y Rusting (1999) donde finalizada la niñez, los trastornos emocionales aumentan en ambos géneros; sin embargo, en las mujeres jóvenes se observa un acrecentamiento más contundente, que lleva a que dupliquen o tripliquen las tasas de trastornos emocionales de los hombres jóvenes, tendencia que se conserva en toda la vida adulta.

Es así, como se plantea la depresión de un niño, un adolescente y un adulto constituyen el mismo trastorno aunque los cambios biológicos, psicológicos y sociales que ocurren durante estas distintas etapas evolutivas varían. La diferencia clara entre estas, es que en la depresión infantil predominan las reacciones psicofisiológicas y motoras, como lo es el llanto, la rabia, problemas de control de esfínteres, mientras que en la adolescencia y en la adultez se adquieren respuestas de tipo cognitivo, es el caso del pesimismo hacia el futuro o idea de catastrofización (Del Barrio, 2000).

Los factores que parecen influir en la patogenia de los hijos de padres con trastorno psiquiátrico serían el factor genético, la edad del hijo, la calidad de la parentización, el ambiente familiar, la ocurrencia de eventos vitales agudos y adversidad crónica, el número de padres enfermos y cronicidad de la enfermedad parental. Con respecto a la edad del hijo, los datos existentes apoyan la idea de que existen diferentes conflictos y problemas dependientes del periodo evolutivo que atraviesa el hijo; parece ser que la edad comprendida entre 0 y 5 años y el comienzo de la adolescencia son las más vulnerables (Gutiérrez, 2007).

Otros factores como la presencia de patología en ambos padres conllevan peores resultados en la evolución del niño. La severidad y cronicidad de la enfermedad parental más la suma de desventajas sociales condiciona más el pronóstico que el tipo de enfermedad en sí.

Los factores que protegen en la situación de ser hijo de padre con trastorno psiquiátrico serían tener buenas relaciones interpersonales fuera de la familia, tener una buena autoestima, un claro entendimiento de la patología paterna, ser cuidado por hermanos jóvenes parece ser que aumenta las habilidades de resolución de problemas y mejora la adaptabilidad.

Diversas investigaciones han encontrado, que un estilo parental de crianza caracterizado por constantes manifestaciones de agresividad, rechazo de los padres hacia sus hijos, se asocia con problemas de salud mental en estos niños, problemas que pueden perdurar hasta la edad adulta (Fernández, 2002).

Al tener en cuenta estas aportaciones, se infiere que la falta de un continuo diálogo, el fuerte uso del castigo y el no proporcionar una estimulación adecuada en base a los logros que alcance el infante, puede llegar a generar psicopatologías y convertir a la familia como tal, en un factor de predisposición para las mismas.

De hecho, estos fenómenos son evidenciables en las pautas de crianza que reciban los menores en sus hogares, y que estas a su vez tienen una alta relación con diversos agentes externos para el desarrollo de posibles patologías; entre ellas se mencionan, los contextos donde habitan, las relaciones con sus grupos de pares, entorno familiar, entre otras. Por tanto, al observar las dinámicas que suceden en estos contextos, la infinidad de variables que pueden llegar a intervenir en el desarrollo de un trastorno, están en cierta orden determinadas en la adaptación que el sujeto de a su ambiente y como este se relaciona para lograr un adaptado desempeño al mismo.

Cualquier niño puede sentirse triste en un momento determinado, pero para recibir el diagnóstico de episodio depresivo mayor debe cumplir los



criterios diagnósticos de DSM-IV o CIE-10. Aunque los criterios para diagnosticar un episodio depresivo mayor así como el trastorno distímico son los mismos en niños y adolescentes que en adultos, el cuadro clínico puede variar considerablemente según el nivel de desarrollo del niño.

La práctica diagnóstica actual que utiliza los criterios del DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) y DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), identifica unas tasas de prevalencia de los trastornos depresivos y bipolares que se pueden presentar con una relativa baja frecuencia en los años escolares, mostrando un ligero incremento de su prevalencia durante la adolescencia y alcanzando casi el nivel de las tasas de prevalencia en el adulto al final de la misma. Por ejemplo, las tasas de prevalencia de un trastorno depresivo mayor (DM) aumentan desde unas tasas en la infancia entorno al 1-2% hasta el 6-8% al final de la adolescencia.

Este incremento de la prevalencia a lo largo de la adolescencia probablemente está en relación con factores biológicos, ambientales y psicológicos. Las niñas parecen presentar más factores de riesgo para la depresión que los niños. Se cree que las tasas del trastorno distímico siguen un patrón similar, aunque los datos al respecto no están bien demostrados (Ollendick & Hersen, 1993).

De acuerdo con los criterios diagnósticos, se puede decir que el hecho que un niño, presente labilidad emocional, no duerma bien y no coma como debe ser, no quiere decir que presente depresión. Para que se dé un trastorno depresivo, hay que tener en cuenta el tiempo de presencia de síntomas y la duración de los mismos.

De acuerdo con estudios realizados, se dice, que la prevalencia de este trastorno, oscila desde el 4 al 20% de los niños en el mundo; en Colombia, en un estudio realizado en Bucaramanga en el 2004, a una población de niños (144) en edad escolar, pertenecientes a una escuela privada y una escuela oficial, concluyó que al menos 1 de cada 10 niños y niñas de esta población presentan síntomas depresivos con relevancia clínica; se ha iden-

tificado, que los síntomas depresivos planteados en la investigación, son más frecuentes en niñas, generalmente, con mayor nivel de escolaridad y en estratos socioeconómicos bajos (Mantilla, Sabalza, Díaz & Campo, 2004).

Estudios recientes, han concluido, que los niños que viven con mucha tensión, que han experimentado una pérdida importante o que tienen desórdenes atencionales, de aprendizaje o de conducta corren mayor riesgo de padecer depresión (Ollendick & Hersen, 1993).

Se ha planteado además, que la depresión infantil es el resultado de la interacción que existe de los factores ambientales y los personales. Un niño vulnerable se puede derrumbar frente a pequeñas contrariedades, mientras que un niño competente puede hacerlo, ante una gran adversidad (Del Barrio, 2000).

En este sentido, son considerados agentes ambientales: factores de riesgo familiares, de tipo biológico, psicológico (muerte, depresión de la madre) y social (falta de recursos económicos). Pues, son las relaciones con los familiares vitales para el desarrollo emocional infantil (Méndez, 2002).

La depresión es un síndrome que invade todas las áreas de funcionamiento del sujeto, siendo de especial interés en el caso del niño y adolescente y su relación con el rendimiento escolar. Un niño deprimido presenta desinterés, dificultades en la concentración y en la atención que pueden influir en el rendimiento académico cuando su duración se prolonga en el tiempo, este, es entendido como el nivel de logro que puede obtener un estudiante en el ambiente escolar o en una materia en particular, este puede medirse con evaluaciones pedagógicas, expresadas como el conjunto de formas que se planean y aplican en el proceso educativo, con el fin de conseguir la información necesaria para valorar el logro, por parte de los alumnos, de los propósitos establecidos para dicho proceso (Sattler, 2003).

El concepto de bajo rendimiento académico varía según la perspectiva bajo el cual se analiza. Portellano (1989) distingue entre rendimiento suficiente

y rendimiento satisfactorio; el rendimiento suficiente es una medida de aptitud pedagógica evaluada mediante las calificaciones escolares. Cuando se toma como punto de referencia la capacidad intelectual del niño, se puede hablar de rendimiento satisfactorio; de acuerdo con lo planteado por este autor, se podría decir que el rendimiento suficiente está en función de los conocimientos escolares adquiridos por el niño, en cambio el rendimiento satisfactorio tiene que ver más con la relación entre las capacidades intelectuales y el aprovechamiento que de ellas realice el niño; en este sentido, el fracaso escolar implicaría un desfase entre la capacidad real del niño y su rendimiento en las asignaturas escolares.

Para el presente estudio, se tomará como referencia la perspectiva del rendimiento académico suficiente, por cuanto permite mantener una coherencia con la estrategia de recolección de información sobre las calificaciones de los estudiantes objeto de esta investigación. Es decir se considerará el nivel de rendimiento académico, con las calificaciones obtenidas por los niños.

Una característica del bajo rendimiento académico está dada en función del momento de aparición del mismo; cuando se da un rendimiento escolar insuficiente desde los inicios de la escolaridad, y éste tiende a persistir si no se emplean las estrategias correctivas se habla de fracaso escolar primario; por el contrario, existe un fracaso escolar secundario, que es el que afecta al niño que tiene normalmente un rendimiento suficiente, pero en cualquier fase de la escolaridad empieza a fracasar en sus estudios. El fracaso escolar primario suele corresponder a dificultades madurativas del sistema nervioso, mientras que el secundario por lo general se encuentra asociado a dificultades emocionales y suele aparecer en los últimos grados de la educación primaria o durante el bachillerato (Portellano, 1989).

Algunos estudios muestran que existe una relación significativa entre el rendimiento académico y la depresión. Por un lado, se sugiere que el mal rendimiento académico es un factor "causal", una variable independiente que predice síntomas depresivos, mientras que otros consideran que el rendimiento académico es modificado por factores emocionales

individuales, es decir, es una variable dependiente del estado de ánimo. La situación es compleja porque, de la misma forma, se ha encontrado asociación entre bajo rendimiento académico y consumo de alcohol, fumar cigarrillos y abuso de otras sustancias (Campo, González, Sánchez, Rodríguez, & Dallos, 2005).

Una de las investigaciones en esta área fue realizada por Vinaccia, Gaviria, Atehortúa, Martínez, Trujillo y Quiceno (2006), donde el objetivo era estudiar la prevalencia de la depresión en una población infantil del oriente antioqueño, fueron 768 sujetos entre los 8 y los 12 años, a los cuales se les aplicó el CDI. De acuerdo con los resultados arrojados, dentro de la variable inefectividad, uno de los ítems evaluados fue el rendimiento académico; y aunque con frecuencia rendimiento académico y depresión se encuentran unidos, esta unión no está realmente clara. Muchos estudios empíricos avalan que la depresión es la causa del descenso y no el descenso como causa de depresión. La depresión puede ser causa y consecuencia de un deficiente rendimiento escolar según las circunstancias. Los estudios muestran que los niños deprimidos presentan dificultades para atender en clase, para ejecutar tareas de clase y presentan más muestras de fatiga y tristeza que sus compañeros no deprimidos. Por otra parte, los niños y adolescentes deprimidos informan de un descenso significativamente mayor que el de los niños no deprimidos.

Sin embargo, en otras investigaciones, como la desarrollada en Cartagena, no se encuentran asociaciones entre síntomas depresivos con importancia clínica y rendimiento académico, sin embargo se encontró, que el bajo desempeño escolar está asociado mas con la autopercepción académica que con la presencia de síntomas depresivos (Cogollo & Campo, 2007).

## **Objetivo General**

Establecer la asociación que existe entre depresión y rendimiento académico en un grupo de niños entre 8 y 11 años, de colegios distritales de la localidad de Usaquén de la ciudad de Bogotá.

## Variables

### Depresión infantil

La **depresión infantil** puede definirse como un problema psicológico complejo cuyas características principales son, por un lado, un estado de ánimo irritable y/o disfórico, por otro, falta de motivación y disminución de la conducta instrumental adaptativa. Se caracteriza también por alteraciones del apetito, del sueño, de la actividad motora, cansancio, especialmente matutino, pobre concepto de uno mismo, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultades para pensar o concentrarse, indecisión, ideas de muerte y/o suicidio e intentos de suicidio (Caballo, 2002). Su nivel de medición es cualitativo, ya que se midió por medio del Inventario de Depresión Infantil (CDI), el cual define la depresión, en el punto de corte de 19, determinando si presentan o no sintomatología depresiva. También se midió a través de la sub escala de depresión del formato a padres de la Lista de chequeo del comportamiento infantil (CBCL) de Achenbach y Edelbrock con un puntaje T total de 70 o más.

### Rendimiento académico

Según los parámetros del colegio donde se llevó a cabo el estudio, los logros se discriminan de la siguiente manera: Insuficiente (I), aceptable (A), sobresaliente (S) y excelente (E). Para poder analizar dicha información, se sacó un promedio académico ponderado con base en el número de materias de la siguiente manera:

$$\bar{X} = \frac{I(0) + A(1) + S(2) + E(3)}{N.^{\circ} \text{ Materias (9, 10, 11)}} = \text{Total}$$

### Participantes

En este estudio participaron 184 niños entre 8 y 11 años de colegios distritales de la localidad de Usaquén en la ciudad de Bogotá, D.C., de estrato

socioeconómico bajo. La selección de la muestra se realizó por medio de un proceso aleatorio simple, donde cada sujeto de la población de los colegios distritales que estaban cursando entre tercero y quinto de primaria contemplaba la misma posibilidad de ser elegido.

## Instrumentos

1. *CDI. Inventario de Depresión Infantil*. Diseñado por Kovacs y Beck en 1977; se trata de un instrumento sistemático, estructurado de forma específica para la población infantil. Es una escala de autorreporte que consta de 27 ítems que evalúan cinco componentes durante las dos últimas semanas: estado de ánimo negativo, problemas interpersonales, ineficiencia, anhedonia y baja autoestima. Su periodo de aplicación es de 15 minutos aproximadamente. Su rango de puntuación está entre 0 y 54, el punto de corte, es de 19, lo que significa presencia de depresión a partir de este puntaje. El instrumento, tiene una confiabilidad entre 0.71 a 0.94, la validez y convergencia con el CDS (Cuestionario de Depresión en Niños) es de 0.84 y por último la validez y convergencia con el EED es de 0.78

2. *Lista de chequeo de la conducta infantil – Formato para padres*. Basada empíricamente para abordar la naturaleza de los problemas infantiles mediante procedimientos estandarizados que identifiquen fortalezas y debilidades en varias áreas y situaciones del desarrollo infantil, además diseñada, para registrar los comportamientos relevantes en los niños de 4 a 16 años (McConaughy & Achenbach, 1988).

La lista de chequeo puede ser completada por padres que tengan al menos 5 de primaria y cuyos hijos estén entre 6 y 11 años de edad. Los padres evalúan al niño sobre 118 ítems problema usando una escala de 0 – 1 – 2. Cuando el puntaje normalizado es igual o superior a 70 se puede decir que el sujeto presenta indicador clínico.

3. *Revisión del boletín escolar de los niños*: Es un registro en donde se encuentra información sobre el rendimiento académico de los niños,

el cual está discriminado de la siguiente manera según los parámetros del colegio donde se llevó a cabo el estudio:

Insuficiente (I), aceptable (A), sobresaliente (S) y excelente (E).

Para poder analizar dicha información, se sacó un promedio académico ponderado con base el número de materias de la siguiente manera:

$$\overline{X} = \frac{I(0) + A(1) + S(2) + E(3)}{N.^{\circ} \text{ Materias (9, 10, 11)}} = \text{Total}$$

## Procedimiento

El desarrollo de la presente investigación se efectuó en las siguientes fases, teniendo en cuenta el análisis cuidadoso de las consideraciones éticas según lo dispuesto en la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y en la Ley 84 de 1989:

1. Fase de inicio: se realizó la revisión teórica y conceptual de las variables, también se hizo una solicitud por escrito a los colegios para realizar la investigación y se además de esto se seleccionó la muestra, por medio de un proceso aleatorio simple, en términos de edad, sexo y grado escolar.
2. Fase de implementación: Se realizó la aplicación colectiva a los niños del Inventario de Depresión Infantil (CDI), y de Lista de chequeo de la conducta infantil – Formato Para Padres, dando una breve explicación del sentido de la investigación en términos sencillos, posteriormente se revisaron los boletines escolares para obtener la información sobre las calificaciones de los estudiantes y una vez aplicados los instrumentos se procedió a organizar y a analizar los datos.
3. Fase de finalización: Se realizó la discusión contrastando los resultados obtenidos con el soporte teórico y empírico del estudio, los cuales se entregaron a los colegios.

## RESULTADOS

Para dar respuesta a los objetivos planteados, se realizó un análisis socio demográfico de la muestra, y posterior a ello, se realizó el análisis descriptivo y el de asociación a través del programa estadístico SPSS, empleando el coeficiente de *chi – cuadrado*.

En cuanto a las características sociodemográficas se encontró que la variable género se comportó de la siguiente forma: Participaron en este estudio 84 niñas, que corresponden al 45.6% de la población y 100 niños, que corresponden al 54.3%. En cuanto a la variable edad, un total de 29 niños presentan una edad de 8 años, que corresponde al 15.7%; 60 niños, tienen una edad de 9 años, lo cual corresponde al 32.6%; 60 niños tienen una edad de 10 años, correspondiente al 32.6%, y por último 35 niños se encuentran en la edad de los once años, lo cual corresponde al 19.02%. En este sentido, la mayor proporción de la muestra tiene entre 9 y 10 años. En la variable grado escolar, se encontraron los siguientes datos: En el grado tercero, participaron 76 niños, que corresponde al 41.3% de la población. En el grado cuarto, participaron 75 niños, que corresponde al 40.8% de la muestra y en el grado quinto se encuentra la participación de 33 niños, que corresponde al 17.93% de la población. Al respecto se puede decir que el mayor porcentaje de la muestra está cursando tercer grado.

En cuanto a las variables de estudio en la depresión, se encuentra que el 75% de la muestra total de la población no presenta sintomatología depresiva, mientras que el 25%, presenta síntomas depresivos, el comportamiento de la variable rendimiento académico se dio de la siguiente manera, el 48.9% de la población, presenta un rendimiento académico bajo, de lo esperado en relación al grado escolar que está cursando, el 46.7% presenta un rendimiento académico medio y el 4.3% alto.

El comportamiento de las variables intervinientes se dio así, en el género se encontró que el 45.6% de la población total pertenecían al femenino, y



el 54.3% al masculino, en el grado escolar se halló que en el 41.3% de la población total pertenecieron al grado tercero y 40.7% al grado cuarto y el 17.93% pertenecen al grado quinto.

Los resultados arrojados según la sub escala de depresión de la lista de chequeo de la conducta infantil – Formato Para Padres, de Achenbach y Edelbrock, donde se tuvieron en cuenta únicamente los indicadores clínicamente significativos, se encontró que el 13,6% de la muestra presenta indicadores clínicamente significativos, mientras que el 62% no los presenta.

A continuación, se mostrarán los resultados obtenidos de la asociación de las variables de estudio, depresión y rendimiento académico con las variables intervinientes genero y grado escolar, por medio de la prueba estadística *Chi-Cuadrado*, que permite asociar variables cualitativas.

De acuerdo con las variables de estudio, depresión y rendimiento académico, se encuentra en la tabla 1 que se comporta de la siguiente manera: en cuanto a los sujetos que presentan sintomatología depresiva, se encuentra que el 12,5% presenta un bajo rendimiento académico, el 11,4% presenta un rendimiento académico medio y el 1.1% presenta alto rendimiento académico.

Con referencia a los anteriores resultados, se encuentra que no existe una asociación entre depresión y rendimiento académico al nivel 0.98 contrastado con un alfa de 0.05.

Tabla 1. Asociación entre las variables depresión – rendimiento académico.

Depresión	Rendimiento académico				
	Bajo	Medio	Alto	Total	Nivel de Sig
No	36,40%	35,30%	3,30%	75%	
Si	12,50%	11,40%	1,10%	25%	
Total	48,90%	46,70%	4,40%	100%	0,98

Como se puede apreciar en la tabla 2, las variables depresión, rendimiento académico y género masculino no presenta una asociación significativa ya que su nivel fue de 0.36 contrastado con un alfa de 0.05.

Tabla 2. Asociación de las variables Depresión, Rendimiento académico y género masculino

	Nivel de Significancia
Chi Cuadrado	0,361

La tabla 3, muestra que las variables depresión, rendimiento académico y género femenino, no presentan asociación puesto que el nivel de significancia arrojado fue de 0.10 contrastado con un alfa de 0.05.

Tabla 3. Asociación de las variables Depresión, rendimiento académico y género femenino.

	Nivel de Significancia
Chi Cuadrado	0,106

La tabla 4, muestra que no existe asociación entre las variables depresión, rendimiento académico y el grado escolar tercero ya que el nivel de significancia arrojado fue de 0.444 contrastado con un alfa de 0.05.

Tabla 4. Asociación de las variables Depresión, Rendimiento académico y grado escolar tercero.

	Nivel de Significancia
Chi Cuadrado	0,444

La tabla 5, muestra que no existe asociación entre las variables depresión, rendimiento académico y el grado escolar cuarto ya que el nivel de significancia arrojado fue de 0.441 contrastado con un alfa de 0.05.

Tabla 5. Asociación de las variables Depresión, Rendimiento académico y grado escolar cuarto.

	Nivel de Significancia
Chi Cuadrado	0,441

La tabla 6, muestra que no existe asociación entre las variables depresión, rendimiento académico y el grado escolar quinto ya que el nivel de significancia arrojado fue de 0.892 contrastado con un alfa de 0.05.

Tabla 6. Asociación de las variables Depresión, Rendimiento académico y grado escolar quinto.

	Nivel de Significancia
Chi Cuadrado	0,892

## DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue, describir la asociación que existe entre depresión y el nivel de rendimiento académico en un grupo de niños de 8 a 11 años, que cursan tercero a quinto grado de educación básica primaria y que asisten a los colegios distritales de la localidad de Usaquén de la Ciudad de Bogotá. Al respecto, se logró establecer, que en esta muestra en particular. La variable rendimiento académico no se encuentra asociada con la depresión.

Bajo esta consideración, los estudios que se han realizado en diferentes poblaciones, presentan una relación significativa entre el rendimiento académico y la depresión. No obstante, en los datos encontrados en este estudio, observan que dicha relación entre rendimiento académico y síntomas depresivos, no manejan un nivel de asociación significativo, por lo tanto, de acuerdo a Campo, González, Sánchez, Rodríguez, y Dallos (2005), el bajo rendimiento académico no es un factor "causal", sino una variable independiente que no predice síntomas depresivos, y que es modificado por factores emocionales individuales.

De esta manera, es importante resaltar que pese a que cualquier niño se puede sentir triste en un momento determinado, para poder recibir el diagnóstico de depresión, deben existir variaciones considerables según el nivel de desarrollo. Por lo tanto, frente al análisis estadístico efectuado a las pruebas realizadas a esta población y en especial el CDI, no arroja

medidas considerables que permitan dar un diagnóstico de depresión ya que este solo arroja la presencia de una sintomatología que puede ser aludida a estados emocionales variantes a los sujetos. Con base en ello, tal como lo plantea Belloch, Sandin y Ramos (1995), la presencia de un cuadro clínico de depresión debe ser considerada bajo los criterios diagnósticos del DSM IV o CIE10, donde debe existir una evaluación pertinente al desarrollo cognitivo de los niños, donde se tengan presentes los cambios en el estado de ánimo, los cuales son más recurrentes en población adolescente, debido a que tienden a presentar una mayor irritabilidad que los niños y los adultos.

A raíz de ello, los datos proporcionados según el estudio nacional de salud mental, sobre los trastornos afectivos los cuales presentan una prevalencia del 15.0% de la población colombiana, son de suma consideración, debido a que la población a la cual fue realizada este estudio presentó una selección en la población adolescente y adulta, permitiendo establecer que la sintomatología que lleguen a presentar los niños sobre depresión, no corresponde a un diagnóstico de un trastorno afectivo mas sí alude a cambios temperamentales normales de los sujetos.

No obstante, pese a que no se encontró una asociación alguna, ni una prevalencia significativa frente a la sintomatología depresiva, es de suma importancia considerar el desarrollo de planes de promoción y prevención en la población infantil, ya que los datos encontrados en el presente estudio arrojaron que el 25% total de la población presentan síntomas depresivos, los cuales ameritan el desarrollo de estos planes ya que pueden llegar a hacer un porcentaje considerable que pueden influir en el aumento de la prevalencia de trastornos afectivos de la población colombiana.

En este aspecto, es importante resaltar que la interacción que el niño realiza con factores ambientales y personales, frente a esta población objeto de este estudio, no tiene una interacción fuerte frente a las mismas, ya que la población que participó en esta investigación presenta factores diferentes

a los tenidos en cuenta que posiblemente conlleven a decir que existe una asociación significativa que a su vez denote una prevalencia considerable de una sintomatología depresiva.

Frente a las diferencias de género encontradas en la investigación realizada por Díaz, Prados y López (2002), en la que citan que las mujeres presentan una sintomatología depresiva significativa abarcada en la población adolescente, es de importancia considerar que en este estudio la diferencia radicó en que la sintomatología depresiva hallada se le adjudica a la población masculina con un 16,3%, frente a un 8,7% en el género femenino, resaltando que estas dos investigaciones no concuerdan los rangos de edad, mas si lo de género; por tanto la investigación realizada por Mantilla, Sabalza, Diaz y Campo (2004) en la población de Bucaramanga no presentó una categorización adecuada en términos de género. De esta manera no se puede establecer, que en la población infantil suceda lo mismo.

Lo anterior indica que no existe una asociación lineal sobre síntomas depresivos tanto en hombres como en mujeres, siendo estos problemas psicológicos homogéneos y que pueden afectar a cualquier grupo etáreo de cualquier género y edad.

Las aportaciones que arroja el presente estudio, están dadas en la existencia de indicadores de depresión en la población infantil, donde se buscó determinar en cuál de los géneros se presenta mas esta sintomatología, sin embargo, es pertinente decir que pese a los resultados encontrados en esta variable, la presencia de síntomas depresivos puede aumentar considerablemente en las mujeres.

De esta manera, la investigación de Cogollo y Campo (2007), es de suma relevancia ya que apoya los datos arrojados por este estudio, considerando así, que no se encuentran asociaciones entre síntomas depresivos con importancia clínica y rendimiento académico, ya que el bajo rendimiento escolar se ve afectado mas por la auto percepción académica, que con la presencia de síntomas depresivos.

En cuanto a los resultados, se evidencia que el rendimiento académico de la población es bajo, con un 48.9%, lo cual indica que existen otros factores que influyen en el bajo rendimiento de los niños, según Méndez (2002), el medio en el que se desenvuelven los niños no les influye a todos por igual, por esta razón, diferentes problemáticas que aquejan a la mayoría de estos son afrontadas de manera diferente, debido a los contrastes individuales que cada uno de ellos posee y a su grado de vulnerabilidad. De acuerdo con lo anterior, la vulnerabilidad proporciona información para explicar la manera como se promueve la depresión, es decir, algunos factores asociados a la vida diaria, pueden estar influyendo de manera negativa en el rendimiento académico de los niños.

Esto puede ser uno de los aspectos que explica que los niveles de adaptación que el sujeto realiza frente a su contexto y en especial en esta población no genera el inicio de una sintomatología depresiva, ya que sus capacidades intelectuales se desarrollan en pro de lograr un bienestar psicológico que no demande niveles de competencias entre grupo de pares que frecuenta.

De todo lo anterior se concluye que la sintomatología depresiva no se asocia de manera significativa con el rendimiento académico siendo este una génesis multifactorial que puede estar determinado por diversas variables del desarrollo y del contexto de los sujetos.

En cuanto a las falencias encontradas en esta investigación, cabe mencionar que en el momento de aplicación de las pruebas, la muestra objeto del presente estudio, presentó un mal diligenciamiento de las mismas (errores en los datos personales, pruebas incompletas), lo cual ocasionó una reducción considerable de la muestra, que demoró el suministro de los boletines escolares de los niños. De igual manera, se puede decir que la sistematización de estos datos, generó atrasos en el cumplimiento del cronograma.

El último aspecto de las dificultades presentadas en la investigación, se cita que la muestra empleada para la misma, presentó sesgos en su aplicación, haciendo referencia al cansancio o la fatiga en los estudiantes, lo cual se ve

reflejado en las respuestas que presentan en las pruebas aplicadas, donde los sujetos señalan en un mismo ítem, dos opciones de respuesta, llevando de esta manera a la invalidación de la prueba y la reducción de la muestra, para su posterior análisis estadístico.

Como aspectos de aportes de esta investigación, se podría señalar que se logró obtener datos de una muestra de la localidad de Usaquén de la ciudad de Bogotá, en relación a la existencia de indicadores clínicos de depresión presentes en esta población objeto de estudio.

Al respecto, el obtener estos datos, sirven de insumo o como diagnóstico inicial, para desarrollar programas de prevención y promoción en la salud de los niños, en especial la de esta población.

Por otro lado, los análisis estadísticos que se presentan, proporcionan un panorama reciente de este tipo de problemáticas infantiles a nivel Colombiano, de manera que al ser articuladas en el contexto local, genera un impacto de consideración en los procesos investigativos de estas poblaciones, debido a que existían pocos estudios realizados sobre salud mental en infancia en el país, otorgando en gran medida un análisis investigativo y valorativo en relación a las dos variables empleadas para este estudio.

De igual manera, el conocer la presencia de algunos indicadores clínicos de depresión en relación al rendimiento académico, en cifras estimativas, permite a los colegios en los que se realizó este estudio, una orientación adecuada en torno a las problemáticas de mayor prevalencia en la población infantil, que genere en ellos, el desarrollo de programas de prevención en estas instituciones, donde oriente a todos los agentes educativos del entorno de los niños, para una adecuada calidad de vida en esta población.

En otro aspecto, esta investigación, se resalta el hecho de que contribuye a enriquecer el grupo de investigación Infancia Cultura y Sociedad, y su línea de investigación Salud y Calidad de vida de la Universidad San Buenaventura, ya que uno de los objetivos que se busca lograr es comprender

y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales de los individuos.

De esta manera el enriquecer, el grupo de investigación de Infancia y su línea Salud y Calidad de Vida, representa un gran interés social, ya que este logró identificar la asociación de variables que se presentan en torno a la población infantil, permitiendo obtener en gran medida una situación actual de la Salud Mental Colombiana de una población en particular.

De todo lo obtenido en este estudio, se sugiere para próximas investigaciones, el emplear nuevas variables para este tipo de investigaciones, que utilicen instrumentos adicionales que corroboren estos datos proporcionados, que permitan a su vez tener un panorama amplio sobre la salud mental de la población infantil Colombiana.

En cuanto al rendimiento académico, es relevante para el colegio conocer los resultados obtenidos, ya que con ellos se pueden diseñar programas de orientación académica adecuada que permitan en estos contextos educativos mejorar las medidas de rendimiento académico, en la que los niños adquieran bases seguras de conocimiento que utilicen o empleen frente a las demandas que le exige su medio.

## REFERENCIAS

- Aláez, M., Matinez, R. & Rodríguez, C. (2002). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*. 12. 252-532.
- APA. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM – IV –TR)*. Barcelona: MASSON S. A.
- Beck, A. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Belloch, A., Sandín, B & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.



- Caballo, V. (2005). *Manual de Psicología Clínica infantil y del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Campo, A., González, S., Sánchez, Z., Rodríguez, D., Dallos, D. & Díaz, L. (2005). Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, Colombia. *Archivos de pediatría del Uruguay*. 76. 21-26.
- Cavo, F., Maganto, C. & Melipillán, R. (2005). Género, Adversidad Familiar y Síntomas Emocionales en Preadolescentes. *Psykhé*. 14. 227-232
- Cogollo, Z. & Campo, A. (2007). Asociación entre síntomas depresivos con importancia clínica y rendimiento académico en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Revista ciencia y salud*. 5. 33-39.
- Comeche, M. (2005). *Manual de Terapia de conducta en la infancia*. Madrid: Dykison.
- Díaz, F., Prados, M & López, S. (2002). Relación entre rendimiento académico, síntomas depresivos, edad y género en una población de adolescentes. [En Red]. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos\\_infantiles/8311/](http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/8311/)
- Del Barrio, M. (2000). *La depresión infantil: factores de riesgo y posibles soluciones*. Málaga: Aljibe.
- Facultad de Psicología. (2006). Documento grupo de investigación infancia grupo y sociedad: Universidad de San Buenaventura: Bogota.
- Fernández, D. (2002). *De los malos tratos en la niñez y otras crueldades: cuando ellos deben dejar su familia (para sobrevivir)*. Argentina: Lumen/Hvmanitas.
- Gómez, M. (2001). Depresión infantil: estrategia cognitiva y rendimiento académico. *Revista de psicología general y aplicada*. 54. 67-80
- Gueriot, C. & Chancé, C. (1988). *Fracaso escolar y trastornos de personalidad. Confrontaciones psiquiátricas*. Madrid: Española.
- Gutiérrez, R. (2007). Detección Precoz de Psicopatología en la Infancia. Aspectos Generales. [en red] Disponible en: <http://www.spapex.org/3foro/pdf/deprecozpsi.pdf>

- Jadue, G. (2002). Factores psicológicos que predisponen al bajo rendimiento, al fracaso y a la deserción escolar. *Estudios pedagógicos*. 28. 193-204
- Krawchik, R., Mías, D. & Querejeta, A. (2006). Depresión, suicidio y conductas destructivas en niños y adolescentes - El discurso de la violencia. *Revista infancia, adolescencia y familia*. 2. 275-286.
- Leve, L., Kim, H., & Pears, K. (2005). Childhood Temperament and Family Environment as Predictors of Internalizing and Externalizing Trajectories From Ages 5 to 17. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 5. 505-520.
- Mantilla, L., Savalza, L., Díaz, L. & Campo, A. (2004). Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 33. 163-171.
- McConaughy, S. H. & Achenbach, T. M. (1988). Practical guide for the child behavior checklist and related materials. Burlington, VT, University of Vermont Department of Psychiatry.
- Méndez, F. (2002). *El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. España: ediciones pirámide.
- Ollendick, T. & Hersen, M. (1993). *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez Roca.
- Pérez, M. & Urquijo, S. (2001). Depresión en adolescentes. Relaciones con el desempeño académico. *Revista Psicología Escolar e Educacional*. 5. 49-58.
- Portellano, A. (1989). *Fracaso escolar. Diagnóstico e intervención. Una perspectiva neuropsicológica*. Madrid, Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Rodríguez, J. (1998). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla, Publicaciones de la Universidad de Sevilla.
- Reinmunde, G. (2003). La depresión no sabe de edades. *Revista Economía de la Salud*. 24-26.
- Sattler, J. (2003). *Evaluación Infantil: Aplicaciones Cognitivas*. México: Editorial el Manual Moderno.

- Shaffer, D. (2003). *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*. Barcelona: ARS Médica.
- Sourander, A. & Helstelä, L. (2005). Childhood predictors of externalizing and internalizing problems in adolescence: A prospective follow-up study from age 8 to 16. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1. 415-423.
- Tomás, J. (1998). *Anorexia y otras alteraciones de la conducta en la infancia y adolescencia*. Barcelona: Laertes.
- Valdivia, M. (2002). *Manual de psiquiatría infantil guía clínica para pediatras y médicos generales*. Santiago: Mediterráneo.
- Vinaccia, S., Gaviria, A., Atehortúa, L., Martínez, P., Trujillo, C & Quiceno, J (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del "child depression inventory". *Revista diversitas – perspectivas en psicología*. 2. 217-227.