

**ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN UN  
GRUPO DE NIÑOS ENTRE 8 Y 11 AÑOS DE EDAD DE COLEGIOS  
DISTRITALES DE LA LOCALIDAD DE USAQUEN DE LA CIUDAD DE  
BOGOTA.**

**TATIANA CALDERON COMBARIZA  
LUISA VILLAMIZAR HERNANDEZ**

**UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
BOGOTA, D.C  
2008**

**ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN UN  
GRUPO DE NIÑOS ENTRE 8 Y 11 AÑOS DE EDAD DE COLEGIOS  
DISTRITALES DE LA LOCALIDAD DE USAQUEN DE LA CIUDAD DE  
BOGOTA.**

**JAIME MORENO & ANDREA ESCOBAR  
ANDERSEN VERA**

**UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
BOGOTA, D.C  
2008**



**TRABAJO DE GRADO  
ACTA DE SUSTENTACIÓN  
No. 20081114-001**

En la Universidad de San Buenaventura, Bogotá, D.C., siendo las 08:30 A.M. horas del día 31 del mes 10 del año 2008, se realizó la sustentación del Trabajo de grado titulado:



**"ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y 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".**

Cuyos autores son:

Nombre y Apellido	Código y C.C.	Facultad o Programa
Luisa Fernanda Villamizar Hernández	20031050010 1098602646	Psicología
Tatiana Andrea Calderón Combariza	20053158023 52865526	Psicología

Como uno de los requisitos para optar por el título PSICÓLOGO, respectivamente.

Los asesores del trabajo de grado fueron:

Asesor Temático	Asesor Metodológico
 JAIME HUMBERTO MORENO MÉNDEZ C.C. 93.369.699	 ANDERSSEN VERA MALDONADO C.C. 88156348


Una vez finalizada la evaluación de ésta sustentación, el trabajo aquí relacionado obtuvo la calificación de **ACEPTADO**

Los jurados fueron:

 ANDERSSEN VERA MALDONADO C.C. 88156348	 OSCAR UTRIA C.C. 12557374
--	---

Observaciones: \_\_\_\_\_

En constancia de lo cual se firma y se sella en la ciudad de Bogotá, D.C.

  
NOHELIA HEWITT RAMÍREZ  
DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA

  
JUAN CARLOS MAHECHA  
DIRECTOR DE PROGRAMA

## **Dedicatoria**

*Queremos dedicarle este proyecto de grado  
A Dios que nos ha dado la vida y fortaleza,  
A nuestras Familias por estar ahí cuando más los hemos necesitado.  
A nuestros asesores, por su ayuda y constante cooperación y  
A nuestros verdaderos Amigos por apoyarnos y ayudarnos en los  
momentos más difíciles.*

## **Agradecimientos**

*A aquel ser que siempre vera en nosotras todo lo bueno que sobrepasa nuestra realidad, esa esencia de la vida que esta siempre cuidándonos y mostrándonos en cada una de las cosas sencillas, que todo tiene un porqué, y que el lugar en donde nos encontremos siempre será el indicado, al señor de todos los cielos y la tierra le damos nuestro agradecimiento, ya que sin su presencia todo seria en vano.*

*A nuestros padres y familiares porque gracias a su cariño, esfuerzo, guía y apoyo hemos llegado a realizar uno de los anhelos más grandes de nuestras vidas, fruto del inmenso amor y confianza que depositaron en nosotras y con los cuales hemos logrado terminar nuestros estudios profesionales que constituyen el legado más grande que hemos podido recibir y por lo cual les viviremos eternamente agradecidas.*

*A aquellas personas que estuvieron a nuestro lado en cada paso dado, en cada obstáculo vencido, llenándonos de su más infinita confianza y fe, cuando sentíamos que el cuerpo y las distracciones del día a día estaban por encima de la mente y de nuestros sueños, y sobre todo en aquellos momentos cuando tener un brazo amigo era necesario para llenarse de valor y seguir por el camino de la superación personal. Por esto y mucho más le damos las gracias infinitas a cada uno de nuestros amigos que cumplieron su papel más allá de lo establecido.*

*Por ultimo agradecemos a nuestros asesores Jaime Moreno & Andrea Escobar ya que si no hubiera sido por su apoyo y asesoría este trabajo no hubiera sido posible; de igual forma agradecer a nuestros docentes que a lo largo de la carrera estuvieron brindándonos sus conocimientos para ser aplicados en cada una de las áreas de nuestro inmediato futuro*

## **TABLA DE CONTENIDO**

RESUMEN, 9

ABSTRACT, 9

JUSTIFICACION, 10

MARCO TEÓRICO, 13

PROBLEMA, 36

OBJETIVOS

Objetivo General, 37

Objetivos Específicos, 37

VARIABLES

Depresión Infantil, 38

Rendimiento Académico, 38

MÉTODO,

Tipo de Investigación, 40

Participantes, 40

Instrumentos, 40

Procedimiento, 42

Resultados, 44

Discusión, 49

REFERENCIAS, 56

APENDICES, 60

## **INDICE DE APÉNDICES**

Apéndice A. Asentimiento Informado, 61

Apéndice B. Consentimiento informado, 62

Apéndice C. Cuestionario depresión infantil (CDI), 63

Apéndice D. Lista de chequeo de la conducta infantil – Formato Para Padres,

65

## **INDICE DE TABLAS**

- Tabla 1: Distribución porcentual de la variable género, 44
- Tabla 2: Distribución porcentual de la variable grado escolar, 44
- Tabla 3: Distribución porcentual de la variable depresión, 45
- Tabla 4: Distribución porcentual de la variable rendimiento académico, 45
- Tabla 5: Distribución porcentual de la variable depresión por medio de la lista de chequeo de la conducta infantil – Formato Para Padres, 45
- Tabla 6: Asociación de las variables depresión y rendimiento académico, 46
- Tabla 7: Asociación de las variables depresión y rendimiento académico del género masculino, 46
- Tabla 8: Asociación de las variables depresión y rendimiento académico del género femenino, 47
- Tabla 9: Asociación de las variables depresión y rendimiento académico del grado escolar tercero, 47
- Tabla 10: Asociación de las variables depresión, rendimiento académico y grado escolar cuarto, 47
- Tabla 11: Asociación de las variables depresión y rendimiento académico del grado escolar quinto, 48
- Tabla 12: Asociación de las variables depresión por medio de la lista de la lista chequeo de la conducta infantil – Formato Para Padres y rendimiento académico, 48



## ASOCIACION ENTRE DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN UN GRUPO DE ESCOLARES

Luisa Villamizar Hernández & Tatiana Calderón Combariza \*

Jaime Humberto Moreno M. & Andrea Escobar Altare \*\*

### 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. 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, la asociación entre dichas variables. Como resultado, se encontró que pese a que no se logró establecer dicha asociación, es de suma importancia considerar los indicadores de sintomatología depresiva arrojados, presentándose con mayor porcentaje en el género masculino que en el femenino, lo cual amerita realizar otras investigaciones. Así mismo, se observó que el nivel de rendimiento académico de esta población es bajo, lo cual, puede deberse a la presencia de agentes externos que impiden un adecuado desarrollo del conocimiento en estos contextos educativos.

Palabras Claves: psicopatología infantil, conducta internalizante, depresión y rendimiento académico.

### Abstract

This study was aimed to describe and associate depression and academic achievement in a group of children between 8 and 11 years, of the government's school of the town of Usaquén, in Bogotá city. For this propose, it was a study empirical-analytic, with a descriptive design and method of association. For this research was used the child depression inventory by Kovacs & Beck (CDI) and the depression sub-scale of the child behavior checklist parent's report by Achenbach & Edelbrock (CBCL), Also, was the review of academic reports of children to determine their academic performance in order to establish the association between these variables. As a result, we found that although they are not able to establish such a partnership is of utmost importance to consider the indicators of depressive symptoms dropped, appearing with the highest percentage in the male than in females, which make it warrants further research. It was noted that the level of academic achievement of this population is low, which may be due to the presence of external agents that prevent proper development of knowledge in these contexts.

Key words: Childhood psychopathology, Internalizing behavior, Depression and Academic achievement

---

\* Estudiantes de pregrado de la facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura

\*\* Psicólogos, asesores del trabajo de grado

## **Justificación**

El presente proyecto de investigación surgió de los intereses investigativos del grupo Infancia, Cultura y Sociedad de la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura. Desde este grupo, se resalta que el estudio de la psicopatología infantil es un campo de preocupación no sólo de los profesionales que intervienen directamente con la población infantil, sino de quienes se dedican a la formación de dichos profesionales puesto que tienen la responsabilidad de crear el interés por la investigación y el conocimiento sobre la caracterización, modelos explicativos de adquisición y mantenimiento de las problemáticas infantiles y por el desarrollo de protocolos de prevención e intervención con los niños en nuestro país (Facultad de Psicología, 2006).

Este proyecto de grado tuvo como propósito identificar la asociación que existe entre la depresión y el nivel de rendimiento académico en un grupo de niños entre 8 y 11 años de edad de colegios distritales de la localidad de Usaquén en la ciudad de Bogotá.

La depresión infantil, es un trastorno que ha existido desde hace varias décadas, pero no era tomado como un problema en la infancia. Anteriormente se hablaba de depresión en personas adultas; tiempo después se habla de depresión infantil, con características similares a la del adulto, sólo que en los niños se manifiesta con más intensidad. En la actualidad se han realizado un sin número de estudios, en los cuales estas variables han sido objeto de investigación, sin embargo, los resultados de los mismos, no llegan a una unificación de criterios, ya que en varias investigaciones, la depresión, es causa

del fracaso escolar y en otras el fracaso escolar es causa de depresión (Díaz, Prados, & López 2002).

En los últimos años, la depresión infantil es uno de los trastornos afectivos que se ha venido incrementando en los niños, por esta razón, la iniciativa de este estudio surgió a partir de la necesidad de identificar tempranamente la depresión en los niños, por tal motivo, es necesario tener datos confiables del contexto local que contribuyan a futuro a establecer programas de prevención e intervención con esta población. Además, en la población Bogotana no se han realizado estudios con las variables en mención.

También, es de suma importancia tener en cuenta los aportes de la investigación para las instituciones educativas, pues si se encuentra una asociación alta entre las variables objeto de estudio, sería válido proponer diferentes estrategias de intervención y prevención, ya que la depresión es una variable responsable del desempeño de los niños en las diferentes actividades que desarrolla.

El presente estudio, se realizó dentro de la línea de investigación salud y calidad de vida, la cual intenta indagar o resolver diferentes núcleos problemáticos, uno de ellos es el de factores psicológicos y conductuales asociados a los problemas de la salud.

Dentro de esta línea de investigación, se habla de la consolidación del modelo biopsicosocial, el cual ha llevado a entender la multicausalidad en la génesis de las enfermedades. De manera concreta, para investigación se

busco realizar una descripción de una de las problemáticas de la salud mental en los niños como es la depresión.

En esta investigación se plantearon objetivos los cuales lograron en una primera parte, identificar la existencia de depresión infantil y así mismo, la posible asociación con el bajo rendimiento académico, haciendo diferencias entre género y grado escolar, logrando así, contribuir al desarrollo de la línea de investigación instada y una mayor información con el propósito de generar nuevas investigaciones.

## **Marco Teórico**

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).

La psicopatología ha tenido una evolución bastante significativa, pues aunque 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.

Los estudios realizados hasta finales de los años 80 usaban aproximaciones, medidas muy diferentes y no eran comparables entre sí. Tampoco se podían extraer conclusiones suficientemente válidas.

Las patologías paternas más estudiadas, han sido los trastornos del estado de ánimo, aunque también se han realizado estudios con trastornos de ansiedad, fobia social, agorafobia, fobia simple, esquizofrenia, alcoholismo, dependencia de sustancias psicoactivas, trastornos de personalidad, entre otros.

Los estudios han sido transversales, prospectivos y retrospectivos, con muestras clínicas y con diferentes tipos de grupo control. (Gutiérrez, 2007).

La prevalencia de los diferentes trastornos psicológicos en las clínicas, brindan información sobre la demanda real que se produce en los servicios en determinado tiempo; en la población infantil y juvenil, los estudios de prevalencia que se realizan comúnmente, arrojan que los asociados con trastornos de alimentación y depresión, tienden a acrecentar de acuerdo al aumento en la edad de los sujetos, en cambio los asociados con trastornos de conductas y eliminación tienden a disminuir (Aláez, Martínez & Rodríguez, 2002).

Uno de los trastornos del estado del ánimo más estudiado ha sido la depresión, en ese sentido se ha reportado que la prevalencia de 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 & 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.

Aparte de la comorbilidad psiquiátrica, la depresión mayor se puede complicar con alteraciones en diferentes aspectos del funcionamiento. Cuando aparece un episodio depresivo mayor en jóvenes, se suele asociar a una importante afectación funcional, conflictiva intrafamiliar, problemas en otras relaciones personales y disminución en el rendimiento académico. De gran importancia es la relación con el suicidio (Comeche, 2005).



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.

Es posible identificar, diferentes trastornos dentro de los problemas que aquejan a los niños, los que más se presentan son los de tipo emocional y afectivo.

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 que se enojan con él (Krawchik, Mías & Querejeta, 2006).

Los niños <sup>deprimidos</sup> 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).

Cavo, Maganto & Melipillán (2005), hacen referencia al planteamiento de Nolen-Hoeksema & 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.

Al pasar los años se han encontrado diferentes posturas que hacen referencia a la existencia o no de una depresión infantil.

Rie (1966), desde una postura psicoanalítica, afirmó que no existen manifestaciones propias de la depresión en adultos durante la infancia, sustentando que el desarrollo completo de la personalidad se da en la adolescencia, por lo tanto, antes de esta etapa de desarrollo no puede existir sentimiento de culpa, esencial en la depresión. Más adelante, Lefkowitz & Burton (1978), retomaron esta posición, explicando que síntomas como el llanto y el apetito pobre, son comunes en la infancia (Tomás, 1998).

Por su parte, Poznanski (1982), habla de la existencia de una depresión infantil, pero diferente a la depresión en los adultos, proponiendo sus propios criterios para el diagnóstico de la depresión infantil (Méndez, 2002).

Por último, la APA (1995), indica, que la depresión infantil es igual a la depresión adulta, aunque existen variaciones de acuerdo a la edad (Méndez, 2002).

En el momento que se reconoció la existencia de la depresión infantil, diferentes teorías psicológicas intentaron darle explicación, algunas de ellas son:

**Modelo Socioambiental:** que explica la manera en que el ambiente influye en el estado de ánimo, sustentando que una relación negativa que se tenga con el entorno causa tristeza y depresión (Méndez, 2002).

**Modelo Cognitivo:** se habla que la base de la depresión radica en las distorsiones cognitivas que tienen algunas personas, que transforman los

acontecimientos positivos en negativos. Los sentimientos de tristeza, dependen de la interpretación que se hace de ellos.

Las vivencias personales del niño cuando es pequeño determinan el desarrollo de su manera de pensar. La persona que desarrolla depresión seguramente en su primera infancia sufrió experiencias tempranas negativas, que originaron esquemas cognitivos inadecuados y cuando estos esquemas se activan aparece la triada cognitiva de la depresión, que es entendida como la visión negativa que se tiene de uno mismo, del mundo y del futuro, que causa los síntomas de la depresión (Beck, 2002).

Las personas deprimidas aceptan la importancia de sus pensamientos negativos que permanecen en ellas, a pesar de la existencia de datos que los contradicen, porque sistemáticamente incurren en errores de pensamiento como la inferencia arbitraria, abstracción selectiva, maximización y minimización, personalización y pensamiento dicotómico (Valdivia, 2002).

No sólo existen estas dos clasificaciones, ya que, la depresión ha sido abarcada desde muchos enfoques y lo que se quiere alcanzar con ellos es ver la depresión de una manera más amplia, es por esto, que las teorías ya mencionadas aportan nuevos conocimientos y ayudan a la profundización de este trastorno.

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. La depresión materna durante la lactancia puede tener efectos negativos sobre el hijo, consistentes en un perfil de disregulación conductual, psicológico y bioquímico, motivado por la influencia desorganizante de la conducta materna. Referente al factor de parentización, su pobre manifestación provoca dificultades en los hijos, así por ejemplo, las madres depresivas tienden a mostrar más los afectos negativos, ser más críticas, menos respondientes y menos eficaces para resolver los conflictos con sus hijos de manera constructiva y comprometida a la vez que son menos eficaces en el mantenimiento de la disciplina y el establecimiento de límites. Hablan menos con sus hijos, expresan más emocionabilidad en situaciones estresantes,

enseñando a sus hijos a sobrereactuar incluso en situaciones de estrés moderado (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.

Fernández (2002), mencionan que son numerosas las investigaciones que relacionan el conflicto familiar elevado, las conductas agresivas y el rechazo hacia los hijos con un mayor riesgo que los niños sufran una amplia variedad de problemas emocionales y conductuales que pueden derivar en síntomas internalizados tales como depresión, conducta suicida, trastornos de ansiedad o síntomas externalizados tales como agresividad, hostilidad y delincuencia.

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. Por ejemplo, los niños generalmente presentan más síntomas de ansiedad, quejas somáticas, alucinaciones auditivas, rabietas y problemas de conducta. Conforme el nivel de desarrollo cognitivo va progresando, los niños de más edad pueden ser

capaces de mostrar componentes cognitivos de su humor disfórico y baja autoestima, así como sentimientos de culpa y de infelicidad. Los adolescentes suelen manifestar más problemas de apetito y del sueño, delirios, ideación o intentos autolíticos, así como mayor repercusión funcional en su vida social y familiar que los niños. Además tienden a presentar menos síntomas neurovegetativos y quizás una mayor irritabilidad que los adultos con depresión mayor (Belloch, Sandin & Ramos, 1995).

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 al DSM IV, las características que poseen los niños con depresión son muy similares a las de los adultos, si el niño presenta de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas se puede hablar de una depresión mayor (APA, 2002).

1. Estado de ánimo irritable o triste.
2. Perdida de interés o placer en las actividades.
3. Perdida o aumento del apetito/ peso o fracaso en lograr ganancia de peso esperada.
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa.
8. Disminución de la capacidad para pensar / concentrarse o indecisión.
9. Pensamiento de muerte o ideas, planes intentos de suicidio.

El episodio depresivo dura más o menos dos semanas, durante este periodo de tiempo, el niño sufre intenso malestar y se resienten las relaciones con sus amigos, su rendimiento académico no es el mejor y otras áreas de su vida se empiezan a afectar (Méndez, 2002).

Además de esto, el niño se siente abatido, desanimado, triste, preocupado, llora por cualquier motivo, presenta frecuentes quejas de dolor de cabeza y estomago; también, tiene falta de interés y placer por las actividades que antes consideraba agradables y motivadoras (Del Barrio, 2000).

El apetito y el sueño también se alteran fácilmente, pues presenta dificultades con conciliar y mantener el sueño, regularmente, el niño empieza a dar vueltas por la cama, se despierta con frecuencia y cuando esto ocurre, no logran conciliar de nuevo el sueño.

En otros casos, se observan niños con hiperfagia (aumento del apetito) y hipersomnias (aumento del sueño) (Rodríguez, 1998).

El hecho que un niño no duerma bien y no coma como debe ser, no quiere decir que presente depresión. Para que se dé un trastorno depresivo, hay que observar una disminución o aumento llamativo de las horas de sueño y del apetito.

Según Méndez (2002), se pueden identificar diferentes tipos de depresión:

La depresión agitada, en esta, hay un aumento de actividad psicomotora, el niño presenta dificultad para quedarse sentado tranquilamente, camina de un lado a otro, se retuerce las manos, se pellizca y vive en frecuente actividad.

La depresión enlentecida, donde el niño habla, piensa y se mueve en cámara lenta, los silencios prolongados son frecuentes y en ocasiones permanece inmóvil por mucho tiempo.

Las anteriores características, pueden aparecer en cualquier edad, aunque hace algún tiempo, la idea que un niño de seis años tuviera depresión era inconcebible, sin embargo Shaffi & Shaffi (1995) informaron casos de menores de esta edad con intentos suicidas tales como intentos de ahorcarse, lanzarse a un carro y arrojarse desde una ventana (Rodríguez, 1998).

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 identificado, 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).

Específicamente dentro de los agentes ambientales que se refieren a la familia, según Méndez (2002), es posible encontrar cuatro tipos de relaciones que son de gran influencia para el niño:

Relación padre-madre: se ha revelado, que un porcentaje significativo de depresión infantil se debe a la situación dentro del hogar, la separación de los padres, implica una pérdida de reforzamientos, pues el patrimonio familiar se divide y por ende se restringe el contacto con uno de sus padres; no sólo la separación provoca índices de depresión, también los hogares donde se presentan continuas peleas (Shaffer, 2003).

Relación padres-hijos: la muerte de uno de los padres, la negligencia en cuidados básicos, como el vestido, la higiene, la alimentación o educación, el abuso sexual, el rechazo psicológico del hijo, los malos tratos, entre otros, son desencadenantes de posible depresión en la infancia. Lo mismo que pautas de crianza deficientes, donde se encuentran padres fríos, distantes y rígidos que generan tristeza en sus hijos. O de la misma forma, los padres sobre protectores y permisivos que crían a sus hijos con baja tolerancia a la frustración (Méndez, 2002).

Relación hermanos-hermanas: las diferencias entre hermanos influyen, aunque de una manera menos fuerte, en el estado de ánimo del niño.

Relación escolares-sociales: A medida que el niño va creciendo, la importancia de la escuela también, por ende los profesores y los amigos ejercen mayor influencia en los niños. La presión por parte del colegio y las

malas relaciones con sus pares interfieren en las emociones y pueden llegar a ser fuente de depresión.

El ambiente no influye a todos los niños por igual, por esta razón, diferentes problemáticas que aquejan a la mayoría de niños son afrontadas de manera diferente, la explicación de esto, se debe a los contrastes individuales que cada uno de ellos posee y a su grado de vulnerabilidad (Méndez, 2002).

La vulnerabilidad se divide en tres clases:

Vulnerabilidad Biológica: la tasa de depresión es mayor en los hijos con padres que han padecido este trastorno, también, con padres con problemas de consumo excesivo de alcohol (Méndez, 2002).

Vulnerabilidad Psicológica: se refiere a episodios anteriores que allá haya experimentado el niño, como déficit en habilidades académicas, problemas psicológicos, como la fobia escolar, hiperactividad, entre otros.

Vulnerabilidad Social: déficit en habilidades sociales y niveles elevados de ansiedad.

De acuerdo con lo anterior, la vulnerabilidad proporciona información para explicar de manera puntual, la manera como se promueve la depresión, pues factores asociados a la vida diaria, pueden estar afectando de manera negativa el estado de ánimo de los infantes.

Cuando se trabaja con niños deprimidos, es recomendable que los padres o adultos a cargo de los niños afectados, puedan interferir en la mejoría del niño, pues ellos por la cercanía que tienen, dan posibilidades de modificar esta problemática en forma satisfactoria. Como primera medida, deben estar

enterados de las señales de alerta de la depresión, observar por cuánto tiempo y con qué frecuencia ocurren las conductas depresivas, y qué tan graves se ven; llevar al niño con un profesional de la salud para que realice una evaluación y diagnóstico. La evaluación puede incluir pruebas psicológicas, pruebas de laboratorio, entre otros. Brindarle atención, realizar actividades que lo motiven y preguntar todo el tiempo sobre su situación y así mismo sobre su mejoría (Rodríguez, 1998).

El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) ha identificado el uso de medicamentos para la depresión en niños, tales como antidepresivos que han demostrado ser efectivos en el tratamiento de niños con depresión, cuando el médico los receta y supervisa correctamente (Del Barrio, 2000).

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.

Teniendo en cuenta sólo las razones individuales y excluyendo los déficit instrumentales (trastornos específicos, inteligencia) se encuentra que un alumno puede entrar en fracaso escolar por:

Desinterés, cuando el niño entra en una desgana electiva con todo lo relacionado con la escolaridad y sin embargo puede mostrarse interesado por

otras actividades, incluso intelectuales que no forman parte de su programa escolar.

Pasividad escolar, que es cuando el niño logra realizar sus tareas sólo si es estimulado y confortado constantemente.

La oposición escolar, el niño manifiesta su malestar y rechazo al colegio de forma clara, pudiendo presentar alteraciones de conducta de tipo perturbador, absentismo, falsificación de notas, entre otras.

Las tres situaciones mencionadas pueden ocasionar con el tiempo la aparición de trastornos afectivos en el niño debido a que la escolarización se convierte en un estresor potente (también para los padres y profesores) influyendo negativamente sobre la autoestima, percepción de las competencias sociales y las expectativas futuras. No cabe duda que todas las personas implicadas de forma consciente o inconsciente consideran que el niño con fracaso escolar tiene fuertemente disminuidas sus posibilidades de integrarse de forma satisfactoria en el mundo socio-laboral y esto, de forma directa o indirecta se le es transmitido continuamente al niño (Gueriot y Chancé, 1988).

En la psicopatología infantil se habla de dos categorías de conductas en los niños y adolescentes, la primera son los trastornos o desórdenes de interiorización como ansiedad, timidez, retraimiento y depresión y la segunda son los trastornos o desórdenes de exteriorización, de infracontrol o disocial; en cuanto a la primera categoría se manifiestan características en muchos aspectos del funcionamiento emocional donde varían habilidades incluyendo el rendimiento escolar y las relaciones interpersonales y sociales, en el



rendimiento escolar estos trastornos interfieren en la adaptación personal, las relaciones sociales, el progreso académico, la conducta en clases, y adaptación al trabajo escolar (Jadue, 2002).

Otra 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. Se observa relación entre rendimiento académico, síntomas de ansiedad y síntomas depresivos. En los estudios más recientes se ha prestado mayor atención a los síntomas depresivos. 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 realizadas en esta área, fue la desarrollada por Díaz, Prados & López (2002). se trata de un estudio exploratorio y transversal, donde los sujetos de estudio fueron examinados mediante la aplicación del Children's Depression Scale (CDS) y para la evaluación del rendimiento escolar se tuvo en cuenta las calificaciones obtenidas al final de curso, en total fueron 264 sujetos entre 12 y 16 años. Los resultados arrojan una presencia de síntomas depresivos que se asoció de forma estadísticamente significativa con el peor rendimiento escolar. Aparecen diferencias por género en tal asociación, pues son las mujeres las que presentan una relación lineal, es decir, más síntomas depresivos a peor rendimiento. Los sujetos de mayor edad presentaban más síntomas depresivos.

El anterior estudio nos muestra que las mujeres adolescentes presentan más síntomas depresivos al igual que un bajo rendimiento académico se relaciona directamente con la presencia de síntomas depresivos de tal manera que a menor rendimiento académico, mayores son las posibilidades de padecer este trastorno.

Por otro lado, se encuentra una investigación 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.

En los adolescentes se han realizado también, numerosas investigaciones; una de ellas en el 2001, donde el objetivo principal fue, indagar los indicadores de depresión en escolares adolescentes, de acuerdo al sexo, la edad y el tipo de escuela a la que concurren y, por otro lado, y así mismo determinar su relación con el desempeño académico en las áreas de lengua y matemática, fueron 888 participantes (447 de sexo femenino y 441 de sexo masculino) de 7mo y 8vo grado de escuelas públicas de Mar del Plata, los instrumentos utilizados fueron el CDS para depresión y las pruebas de logro en las áreas de Lengua y Matemática utilizadas en los operativos de la provincia de Buenos Aires para la evaluación de la calidad educativa, dentro de los resultados se encuentra, los adolescentes de menor edad ,presentan niveles de

depresión, lo que indica que entre mas grandes menos síntomas depresivos se presentan, la prevalencia de la depresión es mayor en mujeres que en hombres, y en cuanto a la asociación entre el rendimiento académico y la depresión, se encuentran estadísticamente relacionados, es decir, a medida que aumentan los niveles de depresión disminuyen las puntuaciones en el desempeño académico (Pérez y & Urquijo, 2001).

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 esta asociado mas con la autopercepción académica que con la presencia de síntomas depresivos (Cogollo y & Campo, 2007).

A partir de todo el marco teórico y a raíz de las investigaciones realizadas en este tema, se planteó que el problema de investigación de este estudio fue:

¿Cuál es la asociación que existe entre la depresión y el nivel de rendimiento académico en un grupo de niños entre 8 y 11 años de edad de colegios distritales de la localidad de Usaquén de la ciudad de Bogotá?

## **Objetivos**

### **General**

Establecer la asociación 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.

### **Específicos.**

Identificar el nivel de 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.

Identificar la presencia de indicadores de depresión en un grupo de niños entre 8 y 11 años de colegios distritales de la localidad de Usaquén de la ciudad de Bogotá.

Determinar la asociación entre depresión y rendimiento académico en un grupo de niños 8 y 11 años de edad de colegios distritales de la localidad de Usaquén de la ciudad de Bogotá **según el género.**

Establecer la asociación entre depresión y rendimiento académico en un grupo de niños entre 8 y 11 años de edad de colegios distritales de la localidad de Usaquén de la ciudad de Bogotá **según el grado educativo.**

## **Variables**

Para la presente investigación se tuvieron en cuenta las siguientes variables de estudio

### **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 subescala de depresión del formato de autorreporte de la Lista de chequeo del comportamiento infantil (CBCL) de Achenbach & Edelbrock con un puntaje T total de 70 o más.

### **Rendimiento Académico**

Portellano (1989) refiere que el rendimiento académico suficiente es una medida de aptitud pedagógica evaluada mediante las calificaciones escolares, este es el caso del niño que obtiene la promoción en todas las materias que componen el currículum.

Según los parámetros del colegio donde se llevó a cabo el estudio, las calificaciones de las materias 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:

$$X = \frac{I(0) + A(1) + S(2) + E(3)}{\text{No. de materias (9, 10, 11)}} = \text{Total}$$

### **Variables de Agrupación**

Teniendo en cuenta el nivel de medición de las variables, es de suma pertinencia tener presentes algunas variables de agrupación en este estudio:

#### **Género**

Se realizó una selección a través de un muestreo aleatorio simple, donde cada sujeto de la población de los colegios distritales de la localidad de Usaquén tenía la misma probabilidad de ser escogido

#### **Grado Escolar**

Los niños que participaron en el presente estudio se encontraban entre tercero y quinto de primaria. Se deja claro que la elección de algún sujeto, no afectó la probabilidad de que sea seleccionado otro dentro de su misma población.

## **Método**

### **Tipo de investigación**

La presente investigación es de tipo descriptivo con un método por asociación, ya que se busca describir las variables de estudio, depresión y rendimiento académico, y así mismo determinar la presencia de sintomatología depresiva, y el nivel de rendimiento académico.

Finalmente se establecerá una asociación entre las variables Depresión Infantil y Rendimiento Académico utilizando la prueba estadística chi-cuadrado.

### **Participantes**

En este estudio participaron 184 Niños entre 8 y 11 años de colegios distritales de la localidad de Usaquén de la ciudad de Bogotá, con un 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**

Para el desarrollo de esta investigación se tomaron en cuenta diferentes instrumentos; para la variable depresión se tuvieron los siguientes:

**Inventario de Depresión Infantil (CDI):** 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 esta 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 (Ver apéndice III).

**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).

El tiempo de aplicación varía entre 10 y 17 minutos. Su Validez de contenido es de ( $p < .01$ ). (Ver apéndice IV).

En cuanto al variable rendimiento académico se va a tener en cuenta:

**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 llevará a cabo el estudio:

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

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

$$\begin{array}{r} \_ \quad I(0) + A(1) + S(2) + E (3) \\ X = \text{-----} = \text{Total} \\ \text{No. De materias} \end{array}$$

### **Procedimiento**

Para el desarrollo de esta investigación, se realizó un 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. De otro lado, con respecto a los aspectos éticos en la investigación, teniendo en cuenta que ésta es de bajo riesgo, dado que las técnicas de evaluación utilizadas son empíricamente validadas y se seguirán los parámetros estipulados por la American Psychological Association y the Society for Research in Child Development (Rathus, 1988) que incluyen: Confidencialidad; anonimato; consentimiento de padres; asentimiento informado para los niños, adecuado manejo de incentivos para los participantes; manejo de la frustración de los participantes; manejo de las consecuencias de la investigación y evitación de procedimientos inapropiados.

Las fases fueron las siguientes:

Fase de Inicio. En esta 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.

Fase de implementación. Se realizó la aplicación colectiva a los niños del Inventario de Depresión Infantil (CDI), 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.

Fase de finalización. Se realizó la discusión contrastando los resultados obtenidos con el soporte teórico y empírico del estudio, los cuales se entregarán a los colegios.

## Resultados

Para dar respuesta a los objetivos planteados, en primera instancia se realizó el análisis socio demográfico de la población, y posterior a ello, se efectuó un análisis a través del estadístico SPSS, empleando el coeficiente de chi – cuadrado para el análisis estadístico descriptivo por asociación de las variables empeladas para el estudio.

A continuación se presenta el análisis descriptivo de los resultados encontrados.

En la tabla 1, muestra el comportamiento de la variable genero, en la cual se encontró que el 45.6% de la población total eran del género femenino, y el 54.3% corresponde al genero masculino.

*Tabla 1. Distribución porcentual de la variable género*

Variables	Femenino	Masculino
Porcentaje	45.6%	54.3%

En la tabla 2, se encuentra el comportamiento de la variable grado escolar, en la cual 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.

*Tabla 2. Distribución porcentual de la variable grado escolar*

Variables	Tercero	Cuarto	Quinto
Porcentaje	41.3%	40.7%	17.9%

En este orden de ideas, a continuación se presentarán los resultados obtenidos de la distribución porcentual de las variables del estudio, depresión y rendimiento académico.

En la tabla 3, se encuentra que el 75% de la muestra total de la población no presenta sintomatología depresiva, mientras que el 25%, presenta sintomatología.

*Tabla 3. Distribución porcentual de la variable depresión*

	Porcentaje
Sin Presencia sintomatológica	75%
Presencia Sintomatológica	25%

De acuerdo con la tabla 4, en la variable rendimiento académico, se encuentran los siguientes datos estadísticos: el 48.9% de la población, presenta un rendimiento académico bajo, de lo esperado en relación al grado escolar que está cursando.

*Tabla 4. Distribución porcentual de la variable Rendimiento Académico*

	Bajo	Medio	Alto
Porcentaje	48.9%	46.7%	4.3%

La tabla 5 hace referencia al comportamiento de la variable depresión, según los resultados obtenidos de la lista de chequeo de la conducta infantil – Formato Para Padres, teniendo en cuenta que se tomaron únicamente los indicadores clínicamente significativos, de acuerdo con a esta escala, se encuentra que el 13,6% de la muestra presenta indicadores clínicamente significativos, mientras que el 62% no los presenta.

*Tabla 5. Distribución porcentual de la variable depresión por medio de la lista de chequeo de la conducta infantil – Formato Para Padres*

	Porcentaje
Normal	62%
Riesgo	24,5%
Clínico	13,6%
Total	100

A continuación, se mostrarán los resultados obtenidos de la asociación de las variables de estudio, depresión y rendimiento académico con las variables intervinientes género 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 6 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 6. Asociación entre las variables depresión – rendimiento académico*

DEPRESION		RENDIMIENTO ACADEMICO			Total	Nivel de significancia
		BAJO	MEDIO	ALTO		
No	% del total	36,4%	35,3%	3,3%	75%	0.98**
Si	% del total	12,5%	11,4%	1,1%	25%	
Total	% del total	48,9%	46,7%	4,3%	100%	

\*\* Significativo al 0,05

Como se puede apreciar en la tabla 7, las variables depresión, rendimiento académico y genero masculino no presenta una asociación significativa ya que su nivel fue de 0.36 contrastado con un alfa de 0.05.

*Tabla 7. Asociación de las variables Depresión y Rendimiento académico del género masculino*

	Nivel de Significancia
Chi-cuadrado de Pearson	0,361

\*\* Significativo al 0,05

La tabla 8, 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 8. Asociación de las variables Depresión y Rendimiento académico del género femenino*

	Nivel de Significancia
Chi-cuadrado de Pearson	0,106

\*\* Significativo al 0,05

La tabla 9, 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 9. Asociación de las variables Depresión, Rendimiento académico del grado escolar tercero*

	Nivel de Significancia
Chi-cuadrado de Pearson	0,444

\*\* Significativo al 0,05

La tabla 10, 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 10. Asociación de las variables Depresión y Rendimiento académico del grado escolar cuarto*

	Nivel de Significancia
Chi-cuadrado de Pearson	0,441

\*\* Significativo al 0,05

La tabla 11, 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 11. Asociación de las variables Depresión y Rendimiento académico del grado escolar quinto.*

	Nivel de Significancia
Chi-cuadrado de Pearson	0,892

\*\* Significativo al 0,05

La tabla 12 presenta la asociación de las variables depresión por medio de la lista de chequeo de la conducta infantil – Formato Para Padres y rendimiento académico., de la siguiente manera, el 79.8% de la población presenta bajo rendimiento académico, del cual se deriva que el 9.2% presenta indicadores clínicos de depresión.

Con referencia a los anteriores resultados, se encuentra que no existe una asociación entre depresión y rendimiento académico al nivel 0.37 contrastado con un alfa de 0.05

*Tabla 12. Asociación de las variables depresión por medio de la lista de chequeo de la conducta infantil – Formato Para Padres y rendimiento académico*

Depresión	RENDIMIENTO ACADÉMICO				Sig,Ast Bil
	Bajo	Medio	Alto	Total	
Normal	51,6%	9,7%	0,5%	61,9%	
Riesgo	19,0%	5,4%		24,4%	
Clínico	9,2%	4,3%		13,5%	
Total	79,8%	19,5%	0,5%	100%	0,37**

\*\* Significativo al 0,05



## **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, & 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 de él. 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 & 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 & 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 & 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 etéreo 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 & 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 frecuente.

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 la 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. *Psykhe*. 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 Educativa*. 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.

APENDICES

## Apéndice A



### UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA- BOGOTÁ FACULTAD DE PSICOLOGIA GRUPO DE INFANCIA CULTURA Y SOCIEDAD

#### ASENTIMIENTO INFORMADO

**FECHA:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Te estamos invitando a participar en un proyecto de investigación del Grupo de Infancia Cultura y Sociedad de la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura, y que pretende identificar las condiciones de salud psicológica de niños de colegios distritales. Tú puedes decidir si aceptas o no participar en la investigación. Si no quieres participar, no pasará nada.

Lo que harás si aceptas participar en la investigación es contestar unos cuestionarios dentro de tu hora académica. Si durante la aplicación de los cuestionarios decides no continuar, puedes hacerlo. Debes decirlo a la persona encargada.

Puedes realizar todas las preguntas que tengas sobre el proyecto de investigación y si después de que te contesten todas tus dudas decides que quieres participar, sólo debes firmar en la parte inferior.

Todos los datos personales que suministres serán guardados por los investigadores y los auxiliares de investigación y ninguna persona a parte de ellas podrán conocerlos. La información sólo será empleada para fines académicos.

Manifiesto que he leído y comprendido la información de este documento y en consecuencia acepto su contenido.

---

Nombre

---

Firma y Documento de Identificación

## Apéndice B



### UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA- BOGOTÁ FACULTAD DE PSICOLOGIA GRUPO DE INFANCIA CULTURA Y SOCIEDAD

#### Formato de Consentimiento Informado Padres de Familia

Apreciado Padre de Familia:

Su hijo(a) ha sido seleccionado(a) para participar en un proyecto de investigación dirigido por el Grupo de Investigación de Infancia, Cultura y Sociedad de la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura, que será llevada a cabo en diferentes colegios distritales. Usted decide si desea o no que su hijo participe en el proyecto; el negarse a participar no va ocasionarle ningún problema. La participación de su hijo consiste en contestar unos cuestionarios dentro del horario académico que permitirán identificar las condiciones de salud psicológica de los niños.

La identidad de los niños así como la información que se obtenga durante el proceso de investigación será tratada con la mayor confidencialidad posible, es decir, nadie diferente a los investigadores y auxiliares de proyecto podrá conocerla.

Si usted después de haber firmado este documento o incluso durante la investigación se arrepiente de la participación de su hijo en ésta, puede retirarlo en el momento que desee. Los investigadores también podrán solicitarle que se retire de la misma, si lo consideran conveniente.

Teniendo claro los anteriores aspectos usted podrá dar a continuación el consentimiento para que su hijo participe en la investigación.

Yo, \_\_\_\_\_, confirmo que he leído y entendido la información arriba consignada y que las personas encargadas de la investigación me han explicado satisfactoriamente el propósito, los objetivos y el procedimiento que será llevado a cabo, así como me han comunicado que no hay riesgo para mí ni para mi familia y que deseo voluntariamente participar en el programa.

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Documento de Identidad \_\_\_\_\_

## Apéndice C

### CDI

1.  Estoy triste de vez en cuando  
 Estoy triste muchas veces  
 Estoy triste siempre
2.  Nunca me saldrá nada bien  
 No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien  
 Las cosas me saldrán bien
3.  Hago bien la mayoría de las cosas  
 Hago mal muchas cosas  
 Todo lo hago mal
4.  Me divierten muchas cosas  
 Me divierten algunas cosas  
 Nada me divierte
5.  Soy malo siempre  
 Soy malo muchas veces  
 Soy malo algunas veces
6.  A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas  
 Me preocupa que me ocurran cosas malas  
 Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
7.  Me odio  
 No me gusta como soy  
 Me gusta como soy
8.  Todas las cosas malas son culpa mía  
 Muchas cosas malas son culpa mía  
 Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas
9.  No pienso en morirme  
 Pienso en morirme pero no haría nada contra mi vida  
 Quiero morirme
10.  Tengo ganas de llorar todos los días  
 Tengo ganas de llorar muchos días  
 Tengo ganas de llorar de vez en cuando
11.  Las cosas me preocupan siempre  
 Las cosas me preocupan muchas veces  
 Las cosas me preocupan de cuando en cuando
12.  Me gusta estar con la gente  
 Muy a menudo no me gusta estar con la gente  
 No quiero en absoluto estar con la gente
13.  No puedo decidirme  
 Me cuesta decidirme  
 Me decido fácilmente
14.  Tengo buen aspecto  
 Hay cosas de mi aspecto que no me gustan  
 Soy feo (a)
15.  Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes  
 Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes  
 No me cuesta ponerme a hacer los deberes
16.  Todas las noches me cuesta dormir  
 Muchas noches me cuesta dormir  
 Duermo bien
17.  Estoy cansado de vez en cuando  
 Estoy cansado muchos días  
 Estoy cansado siempre

18.  La mayoría de los días tengo ganas de comer  
 Muchos días no tengo ganas de comer  
 Como muy bien
19.  No me preocupa ni el dolor ni la enfermedad  
 Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad  
 Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad
20.  Nunca me siento solo  
 Me siento solo muchas veces  
 Me siento solo siempre
21.  Nunca me divierto en el colegio  
 Me divierto en el colegio de vez en cuando  
 Me divierto en el colegio muchas veces
22.  Tengo muchos amigos  
 Tengo algunos amigos pero me gustaría tener más  
 No tengo amigos
23.  Mi trabajo en el colegio es bueno  
 Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes  
 Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien
24.  Nunca podré ser tan bueno como otros niños  
 Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños  
 Soy tan bueno como otros niños
25.  Nadie me quiere  
 No estoy seguro de que alguien me quiera  
 Estoy seguro de que alguien me quiere
26.  Generalmente hago lo que me dicen  
 Muchas veces no hago lo que me dicen  
 Nunca hago lo que me dicen
27.  Me llevo bien con la gente  
 Me peleo muchas veces  
 Me peleo siempre



**Apéndice D**

**LISTA DE COMPORTAMIENTOS - FORMATO PARA PADRES**

**INSTRUCCIONES:** Con este cuestionario queremos conocer su punto de vista sobre la conducta de su hijo(a). Por favor responda exactamente lo que usted cree en cada pregunta. Recuerde que su información es estrictamente confidencial.

Nombre del niño (a) \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento Mes\_\_\_\_ Día\_\_\_\_ Año\_\_\_\_ Sexo: Masculino  Femenino   
 Colegio\_\_\_\_\_ Curso\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

I. Por favor enumere los deportes más practica su hijo(a). Por ejemplo, fútbol, ciclismo, ping-pong, etc.	Comparado con otros de su edad qué tanto tiempo le dedica a cada deporte			Comparado con otros niños de su edad que tan bien realiza cada deporte		
	Menos que el promedio	Promedio	Más que el promedio	Menos que él promedio	Promedio	Más que el promedio

Ninguno

a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor enumere los juegos, intereses o actividades favoritas de su hijo(a), diferentes de deportes, ver TV u oír radio. Por ejemplo, jugar cartas, pasear, etc.	Comparado con otros niños de su edad qué tanto tiempo le dedica a cada actividad			Comparado con otros niños de su edad que tan bien realiza cada actividad		
	Menos que el promedio	Promedio	Más que el promedio	Menos que el promedio	Promedio	Más que el promedio

Ninguna

a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Por favor enumere cualquier grupo, organización	Comparado con otros jóvenes de tu edad que tan
---	--

o equipo al cual pertenezca su hijo(a)	activo eres en cada uno de ellos		
	Menos activo	Promedio	Más activo
Ninguno <input type="checkbox"/>			
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Por favor enumere cualquier trabajo, tarea o responsabilidad que el niño tenga. Por ejemplo, arreglar la casa, cuidar a los hermanos, etc.	Comparado con otros niños de su edad que tan activo es en cada uno de ellos		
	Menos activo	Promedio	Más activo
Ninguno <input type="checkbox"/>			
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ninguno <input type="checkbox"/>			
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. 1. Aproximadamente cuántos buenos amigos tiene su hijo(a):

Ninguno       Uno       Dos o tres       Cuatro o más

2. Aproximadamente cuantas veces a la semana realiza actividades con ellos, fuera del colegio

Menos de una vez       Una o dos veces       Tres o más veces

VI. Comparado con otros niños de su edad que tan bien:

	Peor	Casi igual	Mejor
a. Se entiende con sus hermanos o hermanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Se entiende con sus padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Realiza actividades de forma independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. VII 1. Para niños de 6 años y mayores, desempeño académico actual:**

Materias	Perdiendo	Por debajo del promedio	Promedio	Por encima del promedio
a - Matemáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b - Español	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c - Ciencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d - Sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Su niño ha repetido un curso

No  Si Qué curso y por qué razón \_\_\_\_\_

4. Su niño ha tenido problemas académicos u otra clase de problemas en el colegio

No  Si. Por favor describa \_\_\_\_\_

Cuándo comenzaron estos problemas \_\_\_\_\_

Se han terminado estos problemas  No  Si Cuándo\_\_\_\_\_

VIII. A continuación hay una lista de características que describen a los jóvenes.

Para cada característica que crea describe a su hijo(a) como es ahora, o como ha sido en los últimos seis (6) meses, por favor anote el número que corresponda al frente de cada frase:

**0** = No es cierto

**1** = Un poco cierto o a veces

**2** = Es verdad o frecuentemente es verdad

1	Se comporta como si fuera menor de lo que es	0	1	2
2	Tiene alergias	0	1	2
3	Discute mucho	0	1	2
4	Tiene asma	0	1	2
5	Se comporta como sí fuera del sexo opuesto	0	1	2
6	Hace sus necesidades fuera del baño	0	1	2
7	Le gusta dárselas y se muestra creído con sus cosas	0	1	2
8	No puede concentrarse ni puede prestar atención por largo rato	0	1	2
9	No puede alejar de su mente ciertos pensamientos	0	1	2
10	No puede permanecer quieto, no descansa, es hiperactivo	0	1	2
11	Es muy dependiente de los adultos	0	1	2

12	Se queja de soledad	0	1	2
13	Se siente confundido o parece estar en las nubes	0	1	2
14	Llora mucho	0	1	2
15	Es cruel con los animales	0	1	2
16	Es malintencionado, obtiene cosas de otros mediante amenazas, hace maldades	0	1	2
17	Sueña despierto o se pierde en sus pensamientos	0	1	2
18	Deliberadamente se causa daño o ha hecho intentos de suicidio	0	1	2
19	Demanda mucha atención	0	1	2
20	Destruye sus propias cosas	0	1	2
21	Destruye las cosas que le pertenecen a la familia o a otros niños	0	1	2
22	Es desobediente en la casa	0	1	2
23	Es desobediente en el colegio	0	1	2
24	No come bien	0	1	2
25	No se lleva bien con los demás niños	0	1	2
26	No se siente culpable después de hacer algo que incorrecto	0	1	2
27	Se pone celoso fácilmente	0	1	2
28	Come o bebe cosas diferentes a los alimentos (no se incluye dulces)	0	1	2
29	Siente miedo de ciertos animales, situaciones o lugares diferentes	0	1	2
30	Siente miedo de ir al colegio	0	1	2
31	Siente miedo de pensar o hacer algo malo	0	1	2
32	Cree que tiene que ser perfecto	0	1	2
33	Se queja de que nadie lo quiere	0	1	2
34	Siente que los demás lo atacan	0	1	2
35	Se siente inferior y que no vale nada	0	1	2
36	Se lastima frecuentemente y tiene tendencia a tener accidentes	0	1	2
37	Se mete en muchas peleas	0	1	2
38	Lo molestan mucho	0	1	2
39	Se junta con compañeros que se meten en problemas	0	1	2
40	Escucha sonidos o voces que no existen	0	1	2
41	Es impulsivo y actúa sin pensar	0	1	2
42	Le gusta estar solo	0	1	2
43	Dice mentiras o hace trampas	0	1	2
44	Se come las uñas	0	1	2
45	Es nervioso, sensible y tenso	0	1	2

46	Tiene movimientos nerviosos o tics	0	1	2
47	Tiene pesadillas	0	1	2
48	No es popular entre los de su edad	0	1	2
49	Sufre de estreñimiento estomacal	0	1	2
50	Es muy temeroso o ansioso	0	1	2
51	Se siente mareado	0	1	2
52	Se siente muy culpable	0	1	2
53	Come en exceso	0	1	2
54	Parece estar siempre muy cansado	0	1	2
55	Tiene sobrepeso	0	1	2
56	Tiene problemas físicos sin causa médica conocida			
	a. Malestares y dolores	0	1	2
	b. Jaquecas o dolores de cabeza	0	1	2
	c. Náusea o mareos	0	1	2
	d. Rasquiña u otros problemas de la piel	0	1	2
	e. Dolores estomacales o calambres	0	1	2
	f. Vómitos	0	1	2
	g. Problemas con los ojos	0	1	2
57	Ataca físicamente a la gente	0	1	2
58	Se pellizca la nariz, la piel u otras partes del cuerpo	0	1	2
59	Juega con sus partes sexuales en público	0	1	2
60	Juega mucho con sus partes sexuales	0	1	2
61	Su trabajo escolar es pobre	0	1	2
62	Tiene mala coordinación en sus movimientos y es torpe	0	1	2
63	Prefiere jugar con niños mayores	0	1	2
64	Prefiere jugar con niños menores	0	1	2
65	Se niega a hablar	0	1	2
66	Repite algunas acciones una y otra vez	0	1	2
67	Se escapa de la casa	0	1	2
68	Grita mucho	0	1	2
69	Es muy reservado y guarda cosas para él sólo	0	1	2
70	Ve cosas que no existen	0	1	2
71	Es quisquilloso y se apena fácilmente	0	1	2
72	Prende fuegos	0	1	2

73	Tiene problemas sexuales	0	1	2
74	Hace escenas o payasadas	0	1	2
75	Es tímido o penoso	0	1	2
76	Duerme menos que la mayoría de niños	0	1	2
77	Duerme más que la mayoría de los niños durante el día y/o la noche	0	1	2
78	Juega con los excrementos	0	1	2
79	Tiene problemas de lenguaje	0	1	2
80	Se queda mirando al vacío	0	1	2
81	Roba cosas de la casa	0	1	2
82	Roba cosas de lugares diferentes de la casa	0	1	2
83	Almacena cosas que no necesita	0	1	2
84	Tiene comportamientos extraños	0	1	2
85	Tiene ideas extrañas	0	1	2
86	Es terco, resentido e irritable	0	1	2
87	Tiene cambios repentinos en su estado de ánimo	0	1	2
88	Es muy retraído	0	1	2
89	Es desconfiado	0	1	2
90	Es grosero y utiliza malas palabras	0	1	2
91	Habla acerca de matarse	0	1	2
92	Conversa o camina dormido	0	1	2
93	Habla demasiado	0	1	2
94	Molesta mucho	0	1	2
95	Hace berrinches o se enoja fácilmente	0	1	2
96	Piensa mucho en el sexo	0	1	2
97	Amenaza a la gente	0	1	2
98	Chupa dedo	0	1	2
99	Se preocupa mucho por la limpieza y el orden	0	1	2
100	Tiene problemas para dormirse	0	1	2
101	Se vuela del colegio y falta sin permiso	0	1	2
102	Es poco activo, lento en sus movimientos o le falta energía	0	1	2
103	Se siente triste, infeliz o deprimido	0	1	2
104	Usualmente es ruidoso	0	1	2
105	Utiliza alcohol o drogas sin ser recetadas	0	1	2
106	Realiza actos de vandalismo	0	1	2

107	Se orina en la ropa durante el día	0	1	2
108	Se orina en la cama	0	1	2
109	Es quejumbroso	0	1	2
110	Desea ser del sexo opuesto	0	1	2
111	Se aísla, no le gusta meterse con los demás	0	1	2
112	Se preocupa	0	1	2