



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**“RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO
ACADÉMICO EN ESTUDIANTES DE LA PRIMARIA XAVIER
VILLAURRUTIA.”**

T E S I S
QUE REALIZÓ PARA OBTENER
EL TITULO DE POSTGRADO
EN LA ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A
DR. VIZCARRA VILLENA ADRIAN ISMAEL

ASESOR METODOLOGICO
DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO.

ASESOR CLINICO
DR. DE LA FUENTE RODRÍGUEZ ROBERTO.

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO.
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DE LA UMF No. 8
GILBERTO FLORES IZQUIERDO I.M.S.S.

No REGISTRO:

MÉXICO D, F. AGOSTO 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y
RENDIMIENTO ACADÉMICO EN
ESTUDIANTES DE LA PRIMARIA
XAVIER VILLARRUTIA.”**

“RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESTUDIANTES DE LA PRIMARIA XAVIER VILLAUURUTIA.”

AUTOR: VIZCARRA VILLENA ADRIAN ISMAEL
UMF No 8 DEL I.M.S.S

OBJETIVO

Conocer la relación entre depresión y rendimiento académico de las estudiantes de la primaria Xavier Villaurrutia.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de investigación: Prospectivo, Transversal, No Comparativo, Descriptivo, Observacional. Criterios de inclusión: Se estudiara a los alumnos de 3º, 4º, 5º y 6º grado, que contesten el cuestionario completo y correctamente, estén dentro del periodo de edad de 8 a 12, no se hará distinción de sexo y sean del turno matutino. Criterios de exclusión: que no presenten su consentimiento informado firmado, que ya tengan el diagnóstico de depresión y que no asistan el día de la aplicación. El tamaño de la muestra 240 pacientes, con un intervalo de confianza de 99% con proporción del 0.15, con amplitud del intervalo de confianza de 0.10. Variables: Edad, Sexo, Grado, Turno, Depresión (CDI), y Rendimiento académico.

PLAN DE ANALISIS O DISEÑO ESTADISTICO

El análisis estadístico se llevara a cabo a través del programa SPSS 17 y Excel 2010. Para el análisis de los resultados se utilizara medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (DV, V, R, VMin y VMax), estimación de medias y proporciones con IC del 99%. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia del 34%; así como la realización de tablas y gráficos.

PALABRAS CLAVE

DEPRESION, RENDIMIENTO ACADEMICO.

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO
DIRECTOR HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No 8 “GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DRA. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO.
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN
SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 8
“GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

ASESOR METODODOLOGICO

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
MEDICO FAMILIAR

ASESOR CLINICO

DR. ROBERTO DE LA FUENTE RODRÍGUEZ.
MÉDICO PSIQUIATRA. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE
PAIDOPSIQUIATRÍA UMF 22.

AGRADECIMIENTOS

A ELENA, QUE A ESTADO INCONDICIONALMENTE EN CADA MOMENTO DE ESTA ETAPA DE MI VIDA PERSONAL Y PROFESIONAL.

A CADA UNO DE LOS MIEMBROS DE MI FAMILIA, ABUELOS, TIOS, RENATA, HERMANOS (ISRAEL Y DANIEL), Y PRINCIPALMENTE MIS PADRES QUE ME HAN APOYADO EN CADA MOMENTO DE MI VIDA.

A MIS PROFESORES Y MEDICOS QUE CON SU EXPERIENCIA HAN HECHO QUE CREZCA COMO PERSONA Y PROFESIONISTA.

“EN ESPECIAL A DIOS.”

ÍNDICE

	PAGINA
1. INTRODUCCION.....	01
2. MARCO TEÓRICO.....	02
2.1 DEFINICION.....	02
2.2 ANTECEDENTES.....	02
2.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
2.4 JUSTIFICACIÓN.....	13
2.5 OBJETIVOS.....	14
2.6 HIPOTESIS.....	15
3. MATERIAL Y METODOS.....	16
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	16
3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO.....	17
3.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.....	18
3.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	19
3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN...	20
3.6 VARIABLES.....	21
3.7 DISEÑO ESTADISTICO.....	22
3.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	23
3.9 METODO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.....	26
3.10 MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS.....	27
3.11 CRONOGRAMA.....	28
3.12 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.....	29
3.13 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	30
4. RESULTADOS.....	31
5. CONCLUSIONES.....	40
6. DISCUSIÓN.....	41
7. BIBLIOGRAFIA.....	42
8. ANEXOS.....	45

1. INTRODUCCION

El trabajo de investigación que se presenta tiene como objetivo central, el estudio de una patología, generalmente poco estudiada, *la depresión en la infancia*. No nos sorprende, puesto que, en la comunidad científica, hasta hace muy pocos años, se negaba la existencia de la depresión en la infancia como tal. El reconocimiento de la misma, en este círculo, se sitúa en el año 1971, con la celebración del IV Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatría, en el cual se reconoce y declara la existencia de la depresión en la infancia. En torno a este planteamiento se realiza el presente trabajo, ya que ha aumentado la preocupación por el aumento de la frecuencia con la que se presentan casos de depresión y la disminución de la edad de las personas que padecen este tipo de problemas; buscando su relación con el bajo rendimiento académico. A partir de ese momento y hasta la actualidad, los altos índices de incidencia hallados en los distintos estudios epidemiológicos que se han ocupado del tema, no sólo avalan su preocupación, sino que hacen que aparezca una luz de alarma. Uno de los mayores problemas con que nos encontramos en torno a la existencia de esta psicopatología, es que los niños, al contrario que los adultos, no se conocen sentimientos de tristeza, y rara vez se perciben a sí mismos como objeto de diagnóstico y/o tratamiento, por lo que tienen que ser los demás, padres, profesores u otras personas significativas, los que deben detectar a través de sus comportamientos, si han de ser objeto de intervención psiquiátrica. Pero, si bien hay muchos padres y especialistas que ven tristeza en el niño donde no la hay, o interpretan como patológica la tristeza normal a la que antes hacíamos referencia, con mucha frecuencia también nos encontramos con niños patológicamente tristes ignorados por los adultos que los rodean, y que solo los consideran niños serios y callados.¹

Pero la intervención no sólo debe estar orientada al diagnóstico y tratamiento sino, sobre todo, a la prevención de una adecuada salud mental, en los mismos términos que estamos acostumbrados a hacer con la salud física y el desarrollo cognitivo y/o intelectual. Para ello, se hace necesario conocer y partir del contexto escolar, familiar y social, por ser los que conforman la totalidad del niño. Por lo que se realizara una evaluación psicométrica de pacientes pediátricos de edad escolar de la consulta externa, con la intención de obtener correlaciones entre los hallazgos y el desempeño académico de dicha población. La hipótesis que en este estudio se trata de comprobar es que la depresión altera el rendimiento académico.²

2. MARCO TEORICO.

LA DEPRESIÓN EN LA INFANCIA

La depresión es un fenómeno que afecta frecuentemente diferentes áreas de la vida de quién la padece y que puede presentarse en la infancia.³

2.1 DEFINICION

Depresión viene del latín *depressio*: hundimiento. Es un trastorno del estado de ánimo que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida.⁴

2.2 ANTECEDENTES

Las referencias del contenido de lo que constituyen la depresión en la infancia son relativamente intensas y datan de hace muchos años. Es evidente que con el tiempo se ha modificado en buena parte la terminología, los aspectos que estaban en el primer plano han ido delimitando su propio concepto. Se señalan 4 períodos en el estudio de las depresiones infantiles:⁵

Período inicial en el que encontramos referencias al concepto de melancolía, que aunque principalmente referido a los adultos, hacía alguna alusión a la infancia. Otro término fue el de lipemania. En el siglo XIX encontramos dos agrupamientos de mayor interés, de un lado, el representado por el inicio de textos de psiquiatría infantil o de mono grafías sobre patología mental infantil. Así mismo aparecen referencias acerca del tema concreto del suicidio infantil, relacionándolo con la depresión aunque no se descarta que este sea su único origen. En el tercer período se comprende la primera mitad de nuestro siglo. Aquí el término depresión se va imponiendo a través de una literatura abundante, muy difícil de englobar en una visión genérica. Quizá pueda caracterizar a esta etapa la progresiva fijación del término "Depresión" desde la primera década del siglo XX, así como el interés en pedagogos y psicólogos. Es más reciente, está representado por la consideración de las depresiones como un importante capítulo de la psiquiatría infantil. Se caracteriza por una abundante producción bibliográfica en

la que se hacen análisis muy detallados de algunos aspectos de la enfermedad depresiva, especialmente a la epidemiología y técnicas de diagnóstico y a la intervención terapéutica. Lo anterior ha llevado a modificaciones y precisiones incesantes que todavía hoy perduran en el concepto de depresión en la infancia. La actual etapa en la historia de la depresión infantil arranca en 1966, ya que se incluye por primera vez, el síndrome depresivo infantil entre las alteraciones mentales. En la etapa actual, lo que llama más la atención es la rápida evolución de lo que se entiende por depresión en la infancia, a ser aceptada como entidad síndromica independiente. Finalmente, la proliferación de los instrumentos de evaluación y la gran afluencia de datos procedentes de investigaciones en numerosos países, ha hecho posible que hoy en día podamos contar con un perfil sólido sobre qué es la depresión en la infancia, su prevalencia y los métodos para su evaluación.^{5, 10}

Aproximadamente entre 1945 y 1976, la enumeración de los síntomas de la depresión en la infancia aún incluía elementos dinámicos, por ejemplo: regresión, masturbación, sentimientos de pérdida, etc., que posteriormente fueron perdiendo relevancia y prácticamente desaparecieron de los listados de síntomas. Entre 1977 y 1987, se incluyeron elementos cognitivo-conductuales como: baja autoestima, agitación motora, agresión, trastornos del sueño, etc.; y esta tendencia a la inclusión creciente de sintomatología cognitivo-conductual se mantiene hasta nuestros días. Haciendo una revisión de la sintomatología depresiva en la infancia, podríamos llegar a listar alrededor de cuarenta síntomas distintos, a continuación sólo se enumeran los más habituales: **Emocionales, Motores, Cognitivos, Ideas de suicidio, Sociales, Conductuales, Psicosomáticos.**⁶

Los síntomas que más eran reconocidos y citados por la mayoría de los expertos en depresión de la infancia son: baja autoestima, cambios en el sueño, pérdida del apetito y de peso, aislamiento social, hiperactividad, alteraciones en el aprendizaje y disforia.⁷

Según Ajuriaguerra y Marcelli, realizan una clasificación de la sintomatología infantil, la cual engloba los distintos enfoques al considerar cuatro grupos de síntomas: *Síntomas directamente vinculados a la depresión, Sentimientos asociados a sufrimientos depresivos, Sentimientos que aparecen como defensa contra la posición depresiva y Equivalentes depresivos específicos*⁸

Desde la perspectiva del desarrollo, la depresión puede surgir en cualquier momento del desarrollo infantil, pero la sintomatología se dispersa en función del estadio evolutivo del niño. En síntesis se plantea tres subtítulos de depresión según la edad cronológica. Subtipo afectivo: de 6 a 8 años; Subtipo autoestima negativa: de 8 a 12 años; Subtipo culpabilidad: a partir de los 11 años.⁹

Respecto a la investigación que se va a realizar en el presente trabajo se encontraron los estudios sobre depresión en la infancia y rendimiento académico, investigación realizada por Díaz Atienza y otros, empleando el CDI, concluyó que la presencia de síntomas depresivos se asocia de forma estadísticamente significativa con el mal rendimiento académico. Se trata de un estudio exploratorio y transversal cuya muestra estuvo compuesta por 264 sujetos entre 12 y 16 años de edad. Se concluye entonces que este problema deteriora significativamente la adaptación psicosocial y el desarrollo, por tanto, afecta negativamente diferentes esferas de la vida. “Un niño deprimido” afirman

Díaz Atienza, Prados Cuesta y López Galán “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.”. En la misma línea, Goleman comenta: “Un costo adicional para estos niños es su pobre desempeño escolar; la depresión interfiere en su memoria y su concentración, haciéndoles más difícil prestar atención en clase y retener lo que se les enseña. Finalmente, un trabajo realizado con niños es el que Chavarro, Ríos, Tovar y Von Rosen; estos autores deseaban determinar si la depresión afecta el aprendizaje en niños de 8 a 10 años y adolescentes de 16 a 18 años, y realizaron las mediciones con el Cuestionario Tetradimensional. Los resultados son coherentes con el estudio de Díaz Atienza y otros: se comprobó que la depresión afecta el rendimiento académico, notándose que los individuos con diagnóstico depresivo tienen un bajo nivel.”^{10, 11}

ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN EN LA INFANCIA.

Como se ha dicho anteriormente, todos los trastornos psiquiátricos probablemente presentan una etiología multifactorial y por lo tanto, la depresión también. Cantwell y Carlson (1987) presentan una visión general de cuatro áreas que posiblemente podrían considerarse etiológicas en la depresión en la infancia y ninguna de las cuales es mutuamente excluyente: Los factores neuroendócrinos, los factores bioquímicos, los factores familiares y los genéticos. Los trastornos afectivos de los padres, por otro lado, pueden desde un punto de vista interactivo, influir en la depresión en la infancia. En este trabajo se considera especialmente la depresión de los niños internos que corresponde a las depresiones exógenas o psicógenas, mencionadas anteriormente, es decir, a causas familiares, ambientales, sin excluir la posibilidad de la existencia de otros factores en cada caso en particular, las cuales influyen en su vida diaria entre ellas y la cual es interés de este estudio la influencia en su desarrollo académico.¹²

CONCEPTOS DE SEPARACIÓN, PRIVACIÓN Y PÉRDIDA

La privación y separación de los seres queridos en un niño en desarrollo, puede ocasionarle experiencias traumáticas relacionadas con estrés y ansiedad. Esto repercute, dependiendo de la forma en que es vivida la experiencia y de la manera en que los adultos cercanos procuren un apoyo reconfortante al niño o por el contrario, no tengan la sensibilidad para atender y escuchar lo que necesita, en su desarrollo físico, psicológico, social. Se entiende por **privación** materna a la falta de un adecuado cuidado físico, y de un intercambio y estimulación social y emocional por parte de la figura maternal. Gran parte de los trastornos emocionales y de conducta tienen su origen en la falla o ruptura de la relación entre el niño y sus figuras paternas, es por ello que Bowlby centró su interés en las consecuencias de la ruptura del vínculo establecido entre el niño y su madre. Para Bowlby, las palabras **separación** y **pérdida** implican que la figura de apego de un sujeto se encuentra inaccesible, ya sea temporalmente (separación) o permanentemente (pérdida). La **ansiedad** es una respuesta al peligro de la pérdida de un objeto amado y el **dolor o tristeza** es la respuesta a la pérdida real. Los efectos de la privación y de la separación se reflejan también en etapas posteriores de desarrollo. En conclusión, cuando un niño tiene **separaciones continuas** de sus figuras de apego, desarrollará hacia ellas un tipo de apego inseguro o ansioso, es decir, vivirá

con el miedo de perderlas. Algunos signos de este tipo de relación son: aferramiento, excesiva dependencia, ansiedad, problemas de sueño, morderse las uñas, posesividad, no querer separarse de las figuras de apego, **bajo rendimiento académico**, etc.¹³

TEORIAS

Las causas y los tratamientos para la depresión, se han ido modificando con el tiempo como consecuencia de las tendencias etiológicas y teóricas de cada época. Debido a que el estudio de la depresión en la infancia ha ido a la zaga de la de los adultos, para tener una comprensión de cuáles son las posibles causas y características de la depresión, es necesario hablar de diferentes concepciones teóricas sobre la depresión.^{14, 15}

Teorías Psicobiológicas. Sostiene que la depresión es un trastorno que vendría a manifestarse a través de ciertos signos somáticos, o marcadores biológicos, que a la vez representan la explicación de su origen. **Hipótesis de los Factores Genéticos.** Dado que los datos se pronuncian tan a favor de la prevalencia de un trastorno afectivo mayor en los familiares más próximos de las personas que padecen la enfermedad, es en cierto modo sorprendente, que se haya llevado a cabo tan poco trabajo de investigación en esta área respecto a: 1. Los hijos de padres deprimidos (un grupo alto de riesgo). 2. Estudios familiares de niños con trastorno afectivo primario. **Hipótesis Neuroquímica.** Aunque no se posee evidencia que confirme absolutamente dicha información, los datos parecen potenciar la idea de que en la etiología de la depresión endógena, juegan un papel importante, posibles alteraciones en los mecanismos neurotransmisores del sistema nervioso central y en los procesos neuroendocrinos. Los enfoques neuroquímicos, han planteado que la norepinefrina y la serotonina están específicamente vinculadas con la depresión; esto es, que conducen la excitación de una neurona a otra. **Hipótesis Neuroendocrina.** Aunque el más importante y fructífero de los enfoques biológicos de la depresión está centrado en las aminas, se han investigado además otros sistemas biológicos como el endócrino, a pesar de que las alteraciones neuroendocrinas se suelen considerar secundarias a los trastornos en los neurotransmisores centrales (serotonina y norepinefrina). **Teoría Psicoanalítica.** El psicoanálisis ha considerado que la pérdida del objeto bueno (la madre), es la explicación teórica de la existencia de niños deprimidos. Esta pérdida puede ser por muerte, separación, rechazo y todas las formas posibles de distanciamiento. Los niños ante tal pérdida interiorizan los sentimientos negativos que primariamente deberían ir dirigidos hacia el objeto perdido, y comienza entonces la pérdida de la autoestima (pérdida del yo), el autocriticismo y la depresión. Klein, puntualiza que los niños no necesitan que se produzca la pérdida, si no que pueden deprimirse por la simple ausencia de una relación adecuada con su madre durante el primer año de vida. El núcleo de la explicación psicoanalítica de la depresión es el concepto de pérdida, que en el caso de los niños ha tenido que ser adaptado a la relación del niño con su madre.^{14, 15}

CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESION EN LA INFANCIA.

En el CIE 10 (OMS, 1995) se puede distinguir que hay una clasificación, podría decirse que es porque son ellos los que proponen el enfoque del continuismo con la depresión

adulta, se observa también que inician clasificando lo que concierne a la depresión como trastorno del humor (afectivos). Es decir en este manual se clasifican las depresiones de la siguiente manera: **Trastorno bipolar, Episodios depresivos, Trastornos depresivos recurrentes.** En esta parte se clasifican a la depresión, existen otros tipos de trastorno del humor pero cuyo síntoma principal no es la depresión. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (TR 2002) describe los siguientes trastornos del estado de ánimo: **Trastorno depresivo mayor, Trastorno distímico, Trastorno bipolar I y II, Trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica, y Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.**^{16, 24, 25}

TIPOS DE DEPRESIÓN EN LA INFANCIA.

Al igual que en la depresión adulta hay que distinguir diferentes tipos de depresión en la infancia. Éstos se pueden categorizar en función de distintos criterios: curso, gravedad, desencadenantes y pureza. En primer lugar, teniendo en cuenta el curso de la perturbación, se ha distinguido entre *depresión unipolar y bipolar*. La depresión unipolar se caracteriza por un curso regular, cuyo pronóstico no es grave si hay una buena intervención. Por su parte, la depresión bipolar presenta dos extremos contrapuestos: *depresión y manía*, que se alternan sucesivamente en el tiempo. En este tipo de depresión, denominada también depresión psicótica, tiene un importante peso la historia familiar, ya que es frecuente la aparición de varios casos en una misma familia. Si se sigue el criterio de severidad se distingue entre *depresión mayor y trastorno distímico*. En la primera los síntomas son más numerosos e intensos que en el segundo. Si la división se hace a partir del desencadenante, las depresiones pueden ser *exógenas o endógenas*. En relación con el modo y frecuencia de su aparición, se pueden dividir en *agudas o crónicas*. La aguda consiste en un episodio aislado asociado a estresores psicosociales graves, y la crónica se caracteriza por episodios recurrentes en un entorno positivo que no presenta una acumulación de factores de riesgo. Si se adopta un criterio evolutivo se distingue entre *depresión sensoriomotriz* (1-3 años), *preescolar* (4-5 años), *escolar* (6-12 años) y *adolescente* (12-18 años). Cada uno de estos períodos tiene una frecuencia de síntomas y desencadenantes diferentes.¹⁷

PREVALENCIA Y COMORBILIDAD

Prevalencia Actual de la Depresión en la Infancia.

En México se estima que existe una población infantil de más de 33 millones de niñas y niños, de los cuales más de 10 millones son menores de 5 años y casi 23 millones se concentran entre los 5 y los 14 años, de esta población se estima que un 15 % tiene algún problema de salud mental, es decir, aproximadamente 5 millones de niños presentan trastornos mentales y de éstos, 2.5 millones requieren de una atención especializada. De acuerdo al Prontuario Estadístico de la Dirección de Educación Especial de la SEP, para el período 2000 – 2001, en los Centros de Atención Múltiple (CAM) en el Distrito Federal, fueron atendidos un total de 8,137 alumnos, de los cuales, las dos terceras partes de los niños atendidos corresponden a trastornos mentales. La Encuesta Nacional

de Salud de 1998 - la única que existe en su especialidad-, detectó que los problemas psiquiátricos que con más frecuencia se registraron, fueron caracterizados por angustia y depresión. **La prevalencia de depresión con inicio temprano en México es menos de la mitad de la que se observa en otros países como EUA, estima entre el 2% y 5%.** Aunque los datos sugieren una mayor duración del primer episodio y un mayor número de episodios en la vida y años con al menos uno para aquellos con depresión de inicio temprano, estas diferencias desaparecen cuando se toma en cuenta el haber recibido atención; la mayor incidencia se presenta en el género masculino y la edad entre los 6 a 10 años, predominando el episodio depresivo leve. Complementariamente se tienen datos nacionales de los hospitales psiquiátricos de la Secretaría de Salud, que reportan la consulta externa por grupos de edad y los diez principales motivos de demanda en estas unidades operativas durante 1998; aquí se ubica a los trastornos del estado de ánimo y emociones en séptimo lugar, reportándose 2,249 casos lo que representa el 3.73% (COORSAME, DF., 1998). Por otra parte, los datos reportados por el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan Navarro" (1991-2002), indican que la prevalencia de los trastornos mentales se ha modificado a lo largo de la última década. En lo que se refiere al trastorno depresivo, éste ha aumentado hasta colocarse en el segundo lugar. De tal manera, todo ello hace pensar que la depresión tiene un curso evolutivo que repercute en la posibilidad de su incremento a medida que se adelanta en la edad, es por ello que este es un buen momento para tomar conciencia de este problema, al que los adultos que tratan con niños y sobre todo especialistas de la salud nos podemos enfrentar sin siquiera percatarnos de ello.^{18, 19}

COMORBILIDAD

El concepto de comorbilidad ha surgido de la necesidad para describir la existencia de un desorden o enfermedad, que se presenta durante en el curso de una enfermedad o desorden primario que es el foco de, pues pareciera ser que el sufrir una alteración facilita la aparición de otras afines. Esta posibilidad de que aparezcan en un mismo sujeto síntomas pertenecientes a distintas categorías diagnósticas, ha sido especialmente subrayada en el caso de los niños, y en la actualidad está adquiriendo mayor importancia debido a su alta frecuencia. Se calcula que la coexistencia de dos o más perturbaciones, se da en más de la mitad (55%) de los niños, y en concreto, por lo que se refiere a la depresión y la ansiedad, el porcentaje se estima en un 15%. Kendall y Brady, realizaron una revisión exhaustiva de las investigaciones que han encontrado esta relación entre ansiedad y depresión en la población infantil. La comorbilidad con el trastorno límite de personalidad es más frecuente que en adultos. Según el DSM-IV TR (2005), los episodios depresivos en niños se presentan generalmente en forma simultánea con trastornos del comportamiento, trastorno por déficit de atención y trastornos de ansiedad.^{20, 21}

MANIFESTACIÓN Y CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE LA DEPRESIÓN EN LA INFANCIA.

El concepto de lo que entendemos por depresión en la infancia ha variado su sintomatología al menos en el adulto. La edad y nivel de desarrollo son aspectos importantes, buena parte de los niños deprimidos ya han adquirido un lenguaje, pero no

en tal grado que pueda ser útil para enunciar con precisión lo que les sucede, aun no suele estar suficientemente desarrollada su capacidad de introspección por lo que en consecuencia no logra identificar ni hacerse cargo de lo que les pasa. El niño no es capaz de formalizar lo que les sucede a diferencia de lo que acontece en el adulto, que tan frecuentemente habla a veces sin fundamento de estar deprimido. Por otra parte la depresión en la infancia no se da en el vacío, sino en un contexto familiar, escolar, acontecimiento estresante, carácter autoritario de los padres, pérdidas o abandonos, falta de contacto afectivo, depresión de alguno de los padres, divorcio; etc.²²

A través de numerosos estudios e investigaciones, se ha llegado a reconocer la diversidad de formas clínicas en que esta se presenta. El cuadro sintomatológico de la depresión en la infancia ha ido cambiando a lo largo del tiempo, ajustándose a las perspectivas de los paradigmas reinantes en cada momento. La depresión de la etapa escolar que más investigación ha suscitado, la mayoría de estudios sobre la depresión infantil son realizados con niños a partir de los 6 y 8 años de edad. Pero quizás algunos autores cuestionan la existencia de la depresión en infantes o pre-escolares, pero la depresión en la niñez intermedia ya está instaurada como entidad clínica independiente en la sicopatología infantil. **Uno de los síntomas asociados más importantes y significativos de la depresión en esta etapa de desarrollo es la disminución del rendimiento escolar, considerando como uno de las principales manifestaciones que encubren la depresión.**²³

Una cosa es la interpretación de las causas o desencadenantes de la Depresión en la Infancia y otra muy distinta su fenomenología, es decir, cómo se presenta, cómo se reconoce y qué características propias la distinguen de otros tipos de alteraciones. Este problema se ha resuelto de dos maneras: Tomando una actitud puramente descriptiva, lo que da como resultado una enunciación de síntomas. Desde una cierta actitud normativa, abstraer entre todos los síntomas posibles, solamente aquellos que se consideran esenciales y diferenciados, es decir, aquellos que sirven para la elaboración de unos criterios diagnósticos. Entre los más significativos tenemos:^{24, 25}

- Criterios de Ling (1970). Sobre los de Ling se basan los de Weinberg (1973) y los del DSM-III (1980).
- Criterios de Fighner (Fighner et al., 1972).
- Criterios de Weinberg (Weinberg et al., 1973).
- Research Diagnostic Criteria. RDC (Spitzer et al., 1978).
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-III-R (American psychiatric Association, 1985, 88).
- Criterios de Birlson (1981). Son exclusivamente infantiles.
- Criterios de Poznanski (Poznanski, 1982).
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV (American psychiatric Association, 1995). De muy reciente publicación.

Éste hecho consolidó la idea de que la depresión en la infancia tenía la misma configuración que la depresión adulta y que podía diagnosticarse con los mismos criterios: disforia (en el caso del niño puede ser irritabilidad), anhedonia, problemas de peso y sueño, alteraciones el ritmo motor, falta de concentración, ideación morbosa y sentimientos de culpa. Sin embargo, el cuadro clínico puede variar considerablemente según el nivel de desarrollo del niño. Como se ve claramente, los criterios elaborados

exclusivamente para niños difieren de los elaborados para adultos. Los primeros incluyen: problemas escolares, quejas somáticas, irritabilidad y agresividad. Todos éstos se han convertido en cierta manera, en los elementos discriminativos entre la depresión adulta y la infantil, hasta tal punto que los dos últimos manuales: DSM-IV y DSM-IV-TR incluyen ya la irritabilidad como síntoma en el diagnóstico de la DI. Los criterios requeridos son: cambio con respecto a la actividad previa durante un período de dos semanas. Deben presentarse al menos cinco de los siguientes: ²⁴

- Estado de ánimo depresivo o irritable.
- Pérdida de interés o incapacidad para experimentar placer casi todos los días (al menos uno de estos dos es necesario para el diagnóstico).
- Falta de aumento de peso esperable.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Fatiga o pérdida de la energía.
- Sentimientos de inutilidad, autoreproches.
- Culpa.
- Menor capacidad para pensar o concentrarse.
- Ideas de muerte o suicidio.

Por otra parte, en el manual de la Organización Mundial de la Salud, CIE-10 (2003), se considera a la depresión infantil como un desorden afectivo, incluido dentro de los trastornos mixtos (F92), a los que se denomina "Trastornos de conducta depresivos", subrayando los aspectos diferenciales de la depresión infantil frente a la adulta. Los criterios diagnósticos son: ²⁵

- Humor depresivo.
 - Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas.
 - Disminución de la vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y cansancio exagerado.
- Éstos suelen considerarse los síntomas más representativos de la depresión. Deben estar presentes al menos dos de los siguientes:
- Disminución de la atención y concentración.
 - Pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
 - Ideas de culpa y de ser inútil.
 - Perspectiva sombría del futuro.
 - Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
 - Trastornos del sueño.
 - Pérdida del apetito.

Podemos observar que los criterios son similares a los del DSM-IV, siendo estos últimos más precisos.

CRITERIOS CLINIMETRICOS DE LA DEPRESIÓN EN LA INFANTIL

Actualmente existen diversos instrumentos diagnósticos para medir la depresión antes de los 18 años, los más utilizados son: ²⁶

- **Inventario de Depresión para Niños** (Children's Depression Inventory) (CDI). Sus autores son Kovacs y Beck (1977). Es una escala de autorreporte de 27 reactivos, es una versión modificada del Inventario de depresión para adultos de Beck. Se aplica a niños (as) entre 7 a 17 años. Presenta una confiabilidad test, consistencia interna y una validez aceptable. Así mismo se correlaciona con la evaluación clínica y el diagnóstico del DSM IV. **INSTRUMENTO QUE SE UTILIZARA PARA LA REALIZACION DE ESTA INVESTIGACION.**
- **Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes** (Diagnostic interview for Children and Adolescents) (DICA) Los autores son, Herjanic, Brown y Wheatt (1975) Es una entrevista para el niño (a) y los padres. Evalúa progreso escolar, conducta social, síntomas psiquiátricos y somáticos.
- **Índice Bellevue para Depresión** (Bellevue Index of Depresión) (BID). Su autor es, Petti /1978). Estima la severidad y duración de los síntomas con base en los criterios de Weinberg, tiene forma para padres y niños (as). Es para niños (as) de edades entre 6 y 12 años. Tiene buena confiabilidad y adecuada validez convergente.
- **Escala Afectiva para Niños** (Children's Affective Rating Scale) (CARS). Los autores son, McKnew, Cytryn, Efron, Gershon y Bunney (1979) Es una entrevista estructurada que estima el estado de ánimo, el comportamiento, la expresión verbal y la fantasía en puntuaciones escalares. Para edades entre 5 y 15 años. Muestra una adecuada confiabilidad y validez concurrente.
- **Entrevista para niños** (Interview Schedule for Children) (ISC) Su autor es, Kovacs (1981) Este instrumento registra la entrevista con el niño (a), de 8 a 13 años. Es una versión separada y estructurada de forma diferente, recoge también la entrevista con los padres.
- **Escala de Depresión en los Niños** (Children's Depresión Scale) (CDS). Los autores son, Tisher y Lang (1983). Mide la severidad de la depresión, es una escala de autorreporte de 66 reactivos con formas alternas para padres, maestros y hermanos; existen subescalas para afectos, problemas sociales, autoestima, pensamientos de muerte y enfermedad, culpa y placer. Es para niños (as) de 9 a 16 años. Presenta una consistencia interna y validez discriminada adecuadas.
- **Lista de Revisión de Adjetivos Depresivos** (Depresión Adjective Checklist) (C-DACI). Sokoloff y Lubin son los autores (1983). Ambas formas de la escala contiene 34 adjetivos pertenecientes a la presencia o ausencia de un estado de ánimo depresivo. Se aplica a jóvenes con trastornos emocionales. Su consistencia interna en las formas alternas es excelente y presenta una buena validez concurrente.
- **Escala para Evaluar Depresión en Niños** (Children's Depression Rating Scale-Revised) (CDRS-R) Su autor es, Poznanski (1984). Es un instrumento para ser respondido por el clínico. La severidad de la depresión se mide en 17 reactivos, 14 puntuaciones de observación verbal y 3 de no verbal. Es una revisión de la escala de depresión de Hamilton. Para niños (as) de edades entre 6 y 12 años. Presenta buena confiabilidad interjueces y test-retest, así como una buena validez concurrente.

- **Protocolo de entrevista para trastornos afectivos y esquizofrenia para niños de edad escolar** (Schedule for affective disorders and schizophrenia for schoolage children). Es una entrevista estructurada para diagnosticar depresión y otros trastornos, existe una forma para el niño (a) y otra para los padres. Es para niños (as) de 6 a 17 años.
- **Protocolo de entrevista para niños y adolescentes** (Diagnostic Interview Schedule for Children) (DISC) Costello, Edelbrock, Dulcan, Kales y Klavie son los autores (1984). Es una entrevista clínica que se aplica a niños (as) entre 6 y 17 años. La confiabilidad y test-retest es adecuada.
- **Lista de revisión para la distimia** (Dysthymic Check List) (DCI) Sus autores, Fine, Moretti, Haley y Marriage (1984). Es una escala para ser contestada por el clínico. Se usa para estimar cada uno de los criterios de distimia en una puntuación escalar de 3 puntos. Para niños (as) entre 8 y 17 años. Buena confiabilidad, interjueces.
- **Escala de depresión para niños revisada** (Children's Depresión Scale- Revised) (CDS-R). Los autores son, Reynolds, Anderson y Bartell (1985). Es una escala de autorreporte de 30 reactivos, donde miden los 29 síntomas de depresión y 1 reactivo de la medida global de la depresión. Se aplica a niños (as) entre 8 y 13 años. Muestra una alta consistencia interna, correlación alta con el CDI y con las evaluaciones globales de los maestros.
- **Kiddie SADAS Present Episodie** (K-SADS-P). Es revisada por Puig-Antich y Ryan en 1986. Es una modificación de la escala Kiddie SADS que avalúa básicamente el episodio presente. Muestra una buena confiabilidad interna y validez convergente, pero lo confiabilidad entre los informantes no es adecuada.
- **Epidemiologic Versión** (K-SADS-E). Los autores son, Orvaschel u Puig-Antich (1987). Es un protocolo para determinar episodios pasados y presentes de depresión y otras formas de psicopatología. Se aplica a niños (as) entre 6 y 17 años. Los psicométricos adecuados.²⁶

RENDIMIENTO ACADEMICO

El rendimiento académico se define aquí como el nivel de logro que puede alcanzar un estudiante en el ambiente escolar en general o en una asignatura en particular. El mismo puede medirse con evaluaciones pedagógicas, entendidas éstas como “el conjunto de procedimientos que se planean y aplican dentro del proceso educativo, con el fin de obtener la información necesaria para valorar el logro, por parte de los alumnos, de los propósitos establecidos para dicho proceso”. Cuando el rendimiento escolar de un alumno es malo o no aceptable, como reprobar, bajas calificaciones, deserción, se habla de que existe un fracaso escolar. El fracaso escolar, según los expertos, es el hecho de concluir una determinada etapa en la escuela con calificaciones no satisfactorias, lo que se traduce en la no culminación de la enseñanza obligatoria. Las calificaciones que intentan reflejar el resultado del trabajo del alumno, lo convierten en fracasado. Sin embargo aunque el alumno no haya alcanzado los objetivos y conocimientos establecidos previamente en la asignatura o materia, pero que si haya acreditado está, no se habla de fracaso escolar. Se produce en escolares (niños o adolescentes) con normal capacidad intelectual, sin trastornos neurológicos, sensoriales o emocionales severos y que tiene una estimulación sociocultural de reprobación. Otro grave problema es el de la

deserción que aunque es un problema grave es difícil investigar a aquellos que ya no asisten a clases, además de ser la gran mayoría. Hay dos factores que consideramos de vital importancia en la educación de una persona: la familia y el maestro. Factores que también influyen para que se dé el rendimiento académico, estos factores son la familia, en concreto los padres, considerando las actitudes que tienen frente a la educación así como la propia educación de estos, esto implica también los hábitos de estudio que les enseñen a sus hijos; en segundo lugar está el maestro, las expectativas que tiene sobre el alumno, así como su comportamiento ante ellos. La relación depresión infantil/rendimiento escolar no siempre es directa, en la mayoría de las investigaciones se ha encontrado un mayor porcentaje de síntomas depresivos entre los niños que suspenden. Por ello, algunos autores sostienen que cuando un niño manifiesta: fobia a la escuela, excesiva fatiga y ansiedad en clase, disminución de la concentración, hipoactividad, baja autoestima, quejas somáticas, disminución de la socialización, etc., debe pensarse en la posibilidad de que sufra un síndrome depresivo.²⁷

2.3 PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA.

Son muchos los factores que aumentan la vulnerabilidad de los infantes para presentar problemas físicos y psicológicos durante su crecimiento: adaptación al medio, conflicto entre los padres, problemas económicos, estresores de la vida diaria, adaptación a los diferentes grados escolares, la presencia y la duración de la crisis.

La importancia de este tema radica en que actualmente la depresión se está convirtiendo en un problema de salud pública que afecta a gran cantidad de personas, muchas de las cuales ni siquiera han llegado a la adolescencia. En estas personas puede encontrarse una afectación negativa de diferentes áreas de su vida, entre las cuales puede encontrarse la esfera académica. En tanto dicha área vital es de especial importancia para los niños y adolescentes escolarizados, conviene revisar si el desempeño en ella se relaciona con la depresión. De esta manera, la presente investigación se propone como problema central, el siguiente:

¿Cuál es la relación que existe entre depresión y rendimiento académico entre los alumnos que asisten la escuela Xavier Villaurrutia?

2.4 JUSTIFICACION.

Preguntarse por la correlación existente entre la depresión a tempranas edades y el rendimiento académico obedece a un interés grupal por la psicopatología y en especial por su influencia en nuestro sector. La depresión justifica por sí misma un estudio de estas características ya que es uno de los problemas psiquiátricos que con más frecuencia pueden encontrarse en la sociedad actual. De hecho se ha llegado a concluir que cerca del 4% de la población sufre este trastorno, mientras que aproximadamente el 20% de las personas que acuden a consulta médica tienen depresión (aunque no sea necesariamente éste su motivo de consulta). La situación resulta más preocupante hoy en día, cuando se ha encontrado que la frecuencia con la que se presenta la depresión ha aumentado, mientras que la edad de iniciación ha disminuido.

Es así que la Depresión en menores de edad se está convirtiendo en un fenómeno frecuente, lo cual resulta desalentador cuando empiezan a percibirse que este problema deteriora significativamente la adaptación psicosocial y el desarrollo y, por tanto, afecta negativamente diferentes esferas de la vida. Una de estas esferas es necesariamente la escuela, donde los niños y las niñas pasan la mayor parte de su tiempo, y donde, paradójicamente, se ha venido descuidando su dimensión afectiva, en oposición a un esfuerzo dirigido exclusivamente al desarrollo cognitivo.

Interesa a la presente investigación realizar un acercamiento al fenómeno del desarrollo afectivo de la población pediátrica, a través de un examen de la posible correlación entre la depresión y el rendimiento académico. Dicho estudio se estructura como un aporte a la comprensión del fenómeno, cuyas conclusiones pueden ser empleadas para concientizar a los padres de la importancia crucial que tiene el revisar el estado emocional de sus hijos.

2.5 OBJETIVO DEL ESTUDIO.

OBJETIVO GENERAL.

- Conocer la relación entre depresión y rendimiento académico de las estudiantes de la primaria Xavier Villaurrutia, del turno matutino.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Identificar los casos de depresión, a través de la aplicación del Cuestionario (CDI).
- Establecer relaciones entre los datos obtenidos y el rendimiento académico de la población en estudio.
- Identificar la importancia de los factores emocionales, depresión, en el proceso de aprendizaje.

2.6 HIPOTESIS.

HIPOTESIS ALTERNA.

- La depresión influye en el rendimiento académico, entre los estudiantes.

HIPOTESIS NULA

- La depresión no influye en el rendimiento académico, entre los estudiantes.

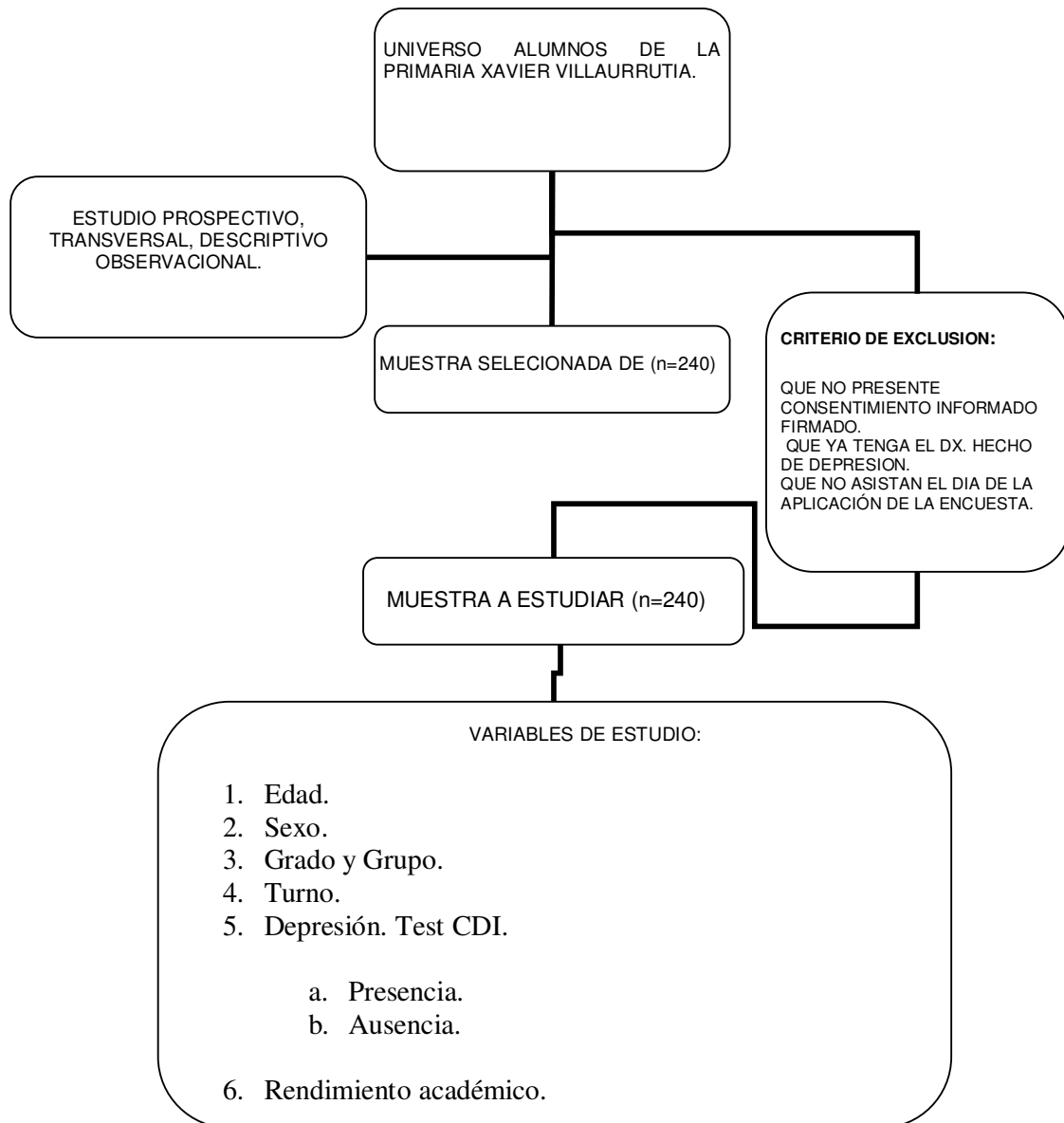
3. MATERIAL Y METODO.

3.1 TIPO DE ESTUDIO.

El presente trabajo es un estudio de tipo:

1. Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: **PROSPECTIVO.**
2. Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: **TRANSVERSAL.**
3. Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: **NO COMPARATIVO.**
4. Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: **DESCRIPTIVO.**
5. De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: **OBSERVACIONAL.**

3.2 DISEÑO DE INVESTIGACION.



3.3 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

La unidad de asociación para el presente estudio son los alumnos de tercero, cuarto, quinto y sexto grado de nivel básica de primaria. La muestra está compuesta por la totalidad de estudiantes de dichos niveles académicos, matriculados en la primaria Xavier Villaurrutia. Los mismos no serán discriminados por ninguna variable diferente a su nivel educativo.

Se realizara en la escuela Ricardo Salgado que se encuentra ubicada en Rosario Castellanos, Colonia CTM 8 Culhuacán Delegación Coyoacán.

3.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con variables dicotómica, que requiere 240 pacientes, con un intervalo de confianza de 99% con proporción del 0.15, con amplitud del intervalo de confianza de 0.10.

Dónde:

N: Número total de individuos requeridos.

Z: Desviación normal estandarizada para alfa bilateral.

P: Proporción esperada.

(1 – P): Nivel de confianza.

W: Amplitud del intervalo de confianza.

$$N = \frac{4Z^2 P (1-P)}{W^2}$$

3.5 CRITERIOS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Se estudiara a los alumnos de 3º, 4º, 5º y 6º grado
- Que contesten el cuestionario completo y correctamente.
- Que estén dentro del periodo de edad de 8 a 12.
- Ambos sexos.
- Que sean del turno matutino.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Que no presenten su consentimiento informado firmado por padre o tutor.
- Niños que ya tengan el diagnóstico de depresión.
- Que no asistan el día de la aplicación de encuesta.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Que no hayan contestado el cuestionario correctamente.
- Cambio de escuela.
- Niños que no pertenezcan a la escuela.

3.6 VARIABLES

1. Edad.
2. Sexo.
3. Grado.
4. Turno.
5. Depresión. Test CDI.
 - a. Presencia.
 - b. Ausencia.
6. Rendimiento académico.

DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

1. Edad.
2. Sexo.
3. Grado. nivel que lleva cada niño dentro del plantel escolar.
4. Turno. Horario que acuden los niños a la escuela.
5. Depresión infantil: Respuesta humana normal, que varía en intensidad y cualidad, que se encuentra en la población infantil y puede ser evaluada globalmente con la prueba CDI.
6. Rendimiento académico: Nivel promedio de logro académico alcanzado por cada sujeto, evaluado a partir de la boleta de calificaciones del último bimestre calificado.

Las variables controladas fueron el Nivel Académico (tercero, cuarto, quinto y sexto grado de primaria) y el Sexo (masculino y femenino).

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma
Edad	Cuantitativa	Continua	1. 8años. 2. 9años. 3. 10años. 4. 11años. 5. 12años.
Sexo	Cualitativa	Continua	1. Femenino. 2. Masculino.
Grado	Cuantitativo	Continua	1. 3° 2. 4° 3. 5° 4. 6°
Turno	Cualitativo	Nominal	Matutino
Depresión en la Infantil	Cualitativa	Continua	1. Presente. 2. Ausente.
Rendimiento académico	Cuantitativa	Nominal	1. Bueno (8-10). 2. Malo (5-7).

3.7 DISEÑO ESTADISTICO.

El análisis estadístico se llevara a cabo a través del programa SPSS 17 y con ayuda de Excel 2010. Para el análisis de los resultados se utilizara medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza (IC) del 99%. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia del 34%. Se realizaran análisis con tablas de contingencia para la presencia o ausencia de depresión y todos los datos que les solicitaremos a los pacientes.

3.8 INSTRUMENTOS, DESCRIPCIÓN Y PROPIEDADES.

Los datos que nos permitirán una primera aproximación a la posible población afectada, los tomaremos de las mediciones realizadas mediante el cuestionario:

CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY (CDI).²⁶

Fue desarrollado por Kovacs y colaboradores (1983). Este instrumento ha sido utilizado en diversos estudios epidemiológicos y en el ámbito clínico en España. El CDI es el autoinforme más usado para la evaluación de la depresión infantil en niños y adolescentes de 7 a 17 años. Esta escala se creó a partir del Beck Depression Inventory (Beck, 1967), para ser aplicado a niños y adolescentes en edad escolar. El manual del CDI fue publicado en 1992 y se incluyeron en él, tanto los datos psicométricos del CDI de los estudios de la propia autora, como una revisión de estudios de otros autores y sus resultados más relevantes.

En el año 2004, aparece la versión española del instrumento (Del Barrio y Carrasco, 2004) publicada por TEA, en la que se incluyen revisiones de estudios y resultados del CDI en nuestro contexto.

El CDI consta de 27 ítems que miden sintomatología depresiva. Entre los síntomas que recoge incluye: el estado de ánimo deprimido, problemas interpersonales, sentimientos de incapacidad, anhedonia y autoestima baja o negativa. De los diversos instrumentos existentes que miden depresión o sintomatología depresiva es el que requiere un nivel más bajo de comprensión lectora. La escala discrimina entre jóvenes con diagnóstico de depresión mayor o distimia, otros trastornos psiquiátricos y muestra comunitaria. Además es una prueba sensible a los cambios de la sintomatología depresiva a través del tiempo, lo que le hace adecuado para el uso en estas edades por su fácil administración y puntuación y además lo convierte en un procedimiento adecuado para el *screening*.

A pesar de que el CDI no es un instrumento diagnóstico, sus ítems se corresponden con los síntomas que aparecen en el DSM-IV (APA, 1995) y en el DSM-IV-TR (APA, 2000), tal y como se muestra en la tabla. ANEXO 1

Sobre la sensibilidad y especificidad del CDI para el punto de corte 19 (puntuación a partir de la cual se considera que existe presencia de sintomatología depresiva severa) en muestra española, así como otros índices, se dispone de los datos obtenidos en el estudio de la depresión infantil, pionero en España, de Domènech y Polaino-Lorente (1990) sobre una N=6432 y fueron los siguientes: sensibilidad: 32,3%, especificidad: 94,3%, mal clasificados: 5,6%, valor predictivo positivo: 9,2%, valor predictivo negativo: 98,7. Sus propiedades psicométricas también han sido estudiadas. Kovacs

(1992) hace una revisión de estudios que han analizado la fiabilidad del CDI, tanto su consistencia interna, como la fiabilidad test-retest o la fiabilidad a dos mitades. En la mayoría de estudios ha encontrado coeficientes alfa que oscilan entre 0,71 y 0,94, indicadores de una buena consistencia interna del instrumento. La fiabilidad del CDI se ha demostrado aceptable oscilando entre 0,38 y 0,87 para la estabilidad temporal (en el periodo comprendido entre una semana y un año). Dado que el CDI mide un estado más que un rasgo, el intervalo de retest para evaluar la fiabilidad debe ser corto, entre 2 y 4 semanas (Kovacs, 1992; Sitanerios y Kovacs, 1999). La fiabilidad de dos mitades se encuentra entre 0,57 y 0,84.

Frías (1990) refiere que la aplicación del CDI en una muestra de 1.286 niños españoles normales proporcionó un alfa de Cronbach de 0,79. Los estudios sobre la validez del CDI indican que es capaz de discriminar entre los niños con problemas emocionales y los niños sin problemas. Sin embargo, no diferencia a los niños deprimidos de los niños con otros trastornos. Los datos sobre validez del CDI respecto a otros instrumentos fueron: convergencia con el Children's Depression Scale (CDS) 0,84 convergencia con la Escala de Evaluación de la Depresión (EED) 0,78.

PUNTUACIÓN E INTERPRETACIÓN DEL CDI.

Todos los Ítems del CDI tienen tres enunciados de respuesta. El 50% de las preguntas comienzan con alternativas de respuesta que indican mayor sintomatología; el resto sigue una secuencia invertida reflejando ausencia de sintomatología. Las alternativas de respuesta presentan los siguientes valores:

- 0 Ausencia de sintomatología.
- 1 Sintomatología leve.
- 2 Sintomatología depresiva.

Existen dos tipos de puntuación del CDI

a) Puntuación directa: por suma del total de los puntos obtenidos en las 27 preguntas. Siendo la puntuación máxima posible de 54 puntos y la mínima de 0.

b) Puntuación por escalas. Los Ítems del CDI se pueden agrupar en cinco subdimensiones o escalas que reflejan los siguientes constructos:

- A) humor negativo;
- B) problemas interpersonales;
- C) sentimiento de inutilidad, ineficacia;
- D) anhedonia (displacer);
- E) baja autoestima.

Interpretación.

Las puntuaciones del CDI se pueden interpretar en base a varios criterios de medida:

- a) Interpretación de las puntuaciones directas (puntuación total obtenida en las 27 preguntas).
- b) Interpretación de las puntuaciones directas y sus equivalentes en la escala de percentiles para diferentes grupos de edad y género.
- c) Interpretación de las 5 escalas o subdimensiones. La interpretación sigue el criterio de puntuaciones directas y su equivalente en percentiles para cada escala.

En el presente estudio se utilizara puntuaciones directas del CDI. El punto de corte 19, puntuación directa que sumara 19 o más, se tomara como referencia de presencia de sintomatología depresiva, aunque se estimara una depresión moderada a severa a partir de 27 puntos. Esta puntuación fue sugerida por Kovacs (1981) a partir de los resultados del estudio realizado en Canadá por Friedman y Butler (1979), con una muestra de 875 niños normales escolarizados.

RENDIMIENTO ACADÉMICO.

Para la obtención de los niveles de rendimiento académico se tendrá en cuenta la boleta de calificaciones del último periodo. Aunque originalmente en él aparece el resultado de una evaluación cualitativa que tiene en cuenta del 5 al 10, para los efectos de los cálculos estadísticos, las mismas se transformaron en bueno y malo; siendo bueno el equivalente del 8 al 10, y malo equivalente del 5 al 7. Independientemente de las categorías empleadas para medir el desempeño, vale decir que el mismo puede ser de tres tipos, dependiendo del tipo de aprendizaje que se evalúe: cognitivo, afectivo y procedimental.

El logro de estos aprendizajes, como han determinado diferentes investigaciones tiene que ver con: la capacidad cognitiva del alumno (la inteligencia o las aptitudes), la motivación que tenga hacia el aprendizaje, el modo de ser (personalidad) y el “saber hacer”.

Por otro lado, pero en relación con lo anterior, un alumno puede fracasar en la escuela por: Desinterés con todo lo relacionado con la escolaridad, Pasividad escolar, cuando se realizan las tareas sólo con estímulo constante, y la oposición escolar, cuando se manifiesta malestar y rechazo al colegio de forma clara.

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 influyendo negativamente sobre la autoestima, percepción de las competencias sociales y las expectativas futuras.

3.9 METODO DE RECOLECCION.

Se realizara una entrevista individual a los alumnos del tercero, cuarto, quinto y sexto grado, se dará un tiempo de 10 minutos para la realización de la prueba CDI, y se entrevistará a la profesora (o) para conocer rendimiento académico de cada uno de los alumnos que integran cada aula, además de obtener los promedios de cada uno de ellos del último bimestre; toda esta información se obtendrá en un plazo de unas semana.

3.10 MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS:

Se debe de aplicar el cuestionario del CDI en forma individual. Se aplicara a niños de 08 a 12 años de edad, y quienes puedan leer, pertenezcan a la escuela Xavier Villaurrutia, y a los grados ya mencionados. La prueba deberá realizarse en 10 minutos. Durante la aplicación del cuestionario, es importante recordar que las respuestas no requieren o aceptar ayuda de otro compañero. Los niños deberán ser informados de que deberán responder a todos los ítems, sin excepción. El examinador no debe discutir ninguna pregunta con los alumnos. Si el sujeto pregunta el significado de una palabra, si es posible, deberá darse la definición, con base al diccionario. El examinador deberá revisar la prueba, para asegurar de que solo una de las respuestas alternativas ha sido señalada para cada pregunta. En cuestión al desempeño académico solo se toma la calificación del bimestre pasado, así como la como la opinión de cada profesor.

3.11 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
 DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DEL PROYECTO:

“RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESTUDIANTES DE LA PRIMARIA XAVIER VILLAUERRUTIA.”

2009

FECHA	MAR 2009	ABR 2009	MAY 2009	JUN 2009	JUL 2009	AGO 2009	SEP 2009	OCT 2009	NOV 2009	DIC 2009	ENE 2010	FEB 2010
TÍTULO						X						
ANTECEDENTES							X	X				
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA								X				
OBJETIVOS								X				
HIPOTESIS									X			
DISEÑO METODOLÓGICO										X	X	
ANÁLISIS ESTADÍSTICO										X		
CONSIDERACIONES ÉTICAS										X		
RECURSOS											X	
BIBLIOGRAFÍA								X				
ASPECTOS GENERALES						X						
ACEPTACIÓN											X	

2010

FECHA	ENER 2010	FEBR 2010	MAR 2010	ABR 2010	MAY 2010	JUN 2010	JUL 2010	AGO 2010	SEP 2010	OCT 2010	NOV 2010	DIC 2010
PRUEBA PILOTO												
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO	X											
RECOLECCIÓN DE DATOS	X											
ALMACENAMIENTO DE DATOS	X	X										
ANÁLISIS DE DATOS		X										
DESCRIPCIÓN DE DATOS		X										
DISCUSIÓN DE DATOS		X										
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO		X										
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL		X										
REPORTE FINAL		X										
AUTORIZACIONES		X										
IMPRESIÓN DEL TRABAJO		X										
PUBLICACIÓN												

3.12 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.

Para la realización de este proyecto se cuenta con un investigador, dos aplicadores de cuestionarios y recolectores de datos, se espera la participación en cuanto orientación de la realización de la investigación del asesor de investigación. Para esta investigación se contara con una computado Toshiba mini NB200, con procesador Intel Atom inside Windows 7, impresora HP C5200. Servicio de fotocopiado para reproducir encuesta CDI, consentimiento informado, plumas, lápices, goma. Los gastos en general se absorberán por residente de medicina familiar Adrian Ismael Vizcarra Villena.

3.13 CONSIDERACIONES ETICAS

El presente protocolo de investigación se guía en la declaración de Helsinki para su realización. El reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud en México. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación.

4 RESULTADOS

ANALISIS DE RESULTADOS

Se estudió una población de 240 alumnos donde se encontró una frecuencia del sexo femenino 127 (52%) y 113 (47.1) del sexo masculino.

La media que se observó con respecto a la edad fue de 9.85, la mediana de 10, la moda de 9, con una desviación estándar de 1.266, así como el valor mínimo de 8 y el valor máximo de 12 años.

La frecuencia que se reportó con respecto a la edad fue: 8 años 41 (17.1), de 9 años 62 (25.8%), de 10 años 58 (24.2%), de 11 años 51 (21.3%), de 12 años 28 (11.7%).

Con respecto al rendimiento académico se obtuvo una frecuencia de buen rendimiento de 169 (70.4 %) y con mal rendimiento de 71 (29.6 %).

Con respecto a la depresión se reportó una frecuencia de 22 (9.2 %) y 218 (90.8 %) en la ausencia de la misma.

Se obtuvo una frecuencia con respecto al grado académico como sigue: de tercer año con 61 (25.4%), de cuarto año con 65 (27.1%), de quinto año con 56 (23.3%) y de sexto año con 58 (24.2%).

La frecuencia de depresión relacionada con el rendimiento académico reportó lo siguiente: buen rendimiento académico y presencia de depresión con 6 (2.5 %), buen rendimiento académico sin depresión 163 (67.9 %), mal rendimiento académico con presencia de depresión 16 (6.7%) y mal rendimiento académico sin depresión 55 (22.9%).

La frecuencia de depresión asociada con grado académico reportó lo siguiente: en el tercer año con depresión de 3 (1.3%), sin depresión de 58 (24.2%), en los de cuarto año con depresión de 7 (2.9%), sin depresión de 58 (24.2%), en los de quinto año con depresión 7 (2.5%), con ausencia de depresión 50 (20.8%) y de los alumnos de sexto grado con depresión 6 (2.5%) y ausencia de depresión 52 (21.7%).

La frecuencia de depresión relacionada con el género reportó lo siguiente: en el sexo femenino con presencia de depresión 14 (5.8%), y con ausencia de depresión de 113 (47.1%), en el sexo masculino con presencia de depresión 8 (3.3%) y con ausencia de depresión de 105 (43.8%).

La frecuencia de depresión relacionada con la edad reportó lo siguiente: en los de 8 años con depresión 2 (0.8%), sin depresión con 39 (16.3%), en los de 9 años con depresión 4 (1.7%), sin depresión 58(24.2%), de 10 años con depresión 9 (3.8%) sin depresión de 49 (20.4%), de 11 años con depresión de 5 (2.1%),sin depresión 46 (19.2%) y por último de 12 años con depresión 2 (0.8%) y sin depresión de 26 (10.8 %).

La frecuencia de rendimiento académico asociada con el grado académico fue como sigue: en tercer año con buen rendimiento 54 (22.5%), con mal rendimiento académico de 7 (2.9%), en los de cuarto año con buen rendimiento académico de 41 (17.1%), con mal rendimiento académico de 24 (10%), en los de quinto año con buen rendimiento académico de 32 (13.3%), con mal rendimiento académico de 24 (10%) y por último los de sexto año con buen rendimiento académico 42 (17.5%) y con mal rendimiento académico 15 (6.3%).

La frecuencia de rendimiento académico relacionado con el género fue el siguiente: en el sexo femenino con buen rendimiento académico 91 (37.9%), con mal rendimiento académico 36 (15%), en el sexo masculino con buen rendimiento académico 78 (32.5%) y con mal rendimiento académico de 35 (14.6%).

El rendimiento académico asociado con la edad fue la siguiente: en los de 8 años con buen rendimiento académico 38 (15.8%), con mal rendimiento académico 3 (1.3%), de 9 años con buen rendimiento académico 44 (18.3%), con mal rendimiento académico 18 (7.5%), de 10 años con buen rendimiento académico 33 (13.8%), con mal rendimiento académico de 26 (10.8), de 11 años con buen rendimiento académico de 36 (15 %) con mal rendimiento académico de 15 (6.3%) y de 12 años con buen rendimiento académico de 19 (7.9%) y con mal rendimiento académico de 9 (3.8%).

SECCIÓN DE TABLAS Y GRAFICAS.

GENERO

SEXO	Frecuencia	Porcentaje %
FEMENINO	127	52.9
MASCULINO	113	47.1
Total	240	100.0

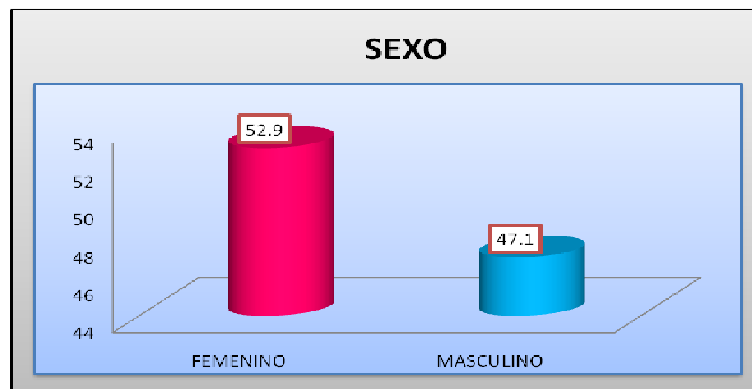
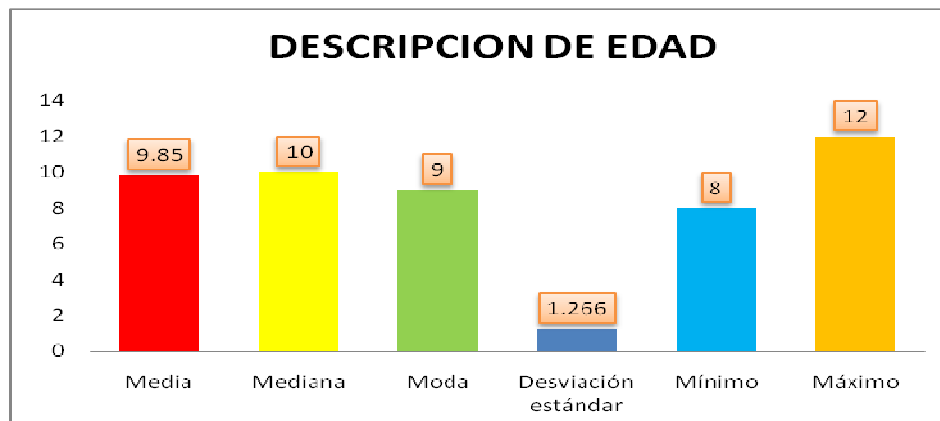


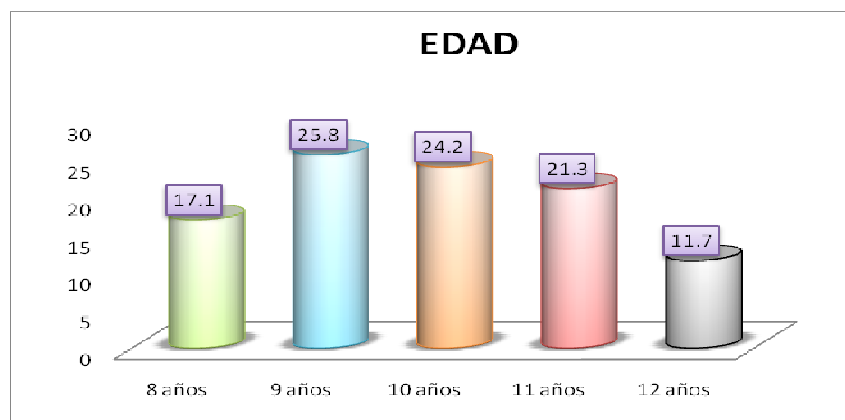
TABLA DESCRIPTIVA DE EDAD

Media	9.85
Mediana	10.00
Moda	9
Desviación estándar	1.266
Mínimo	8
Máximo	12



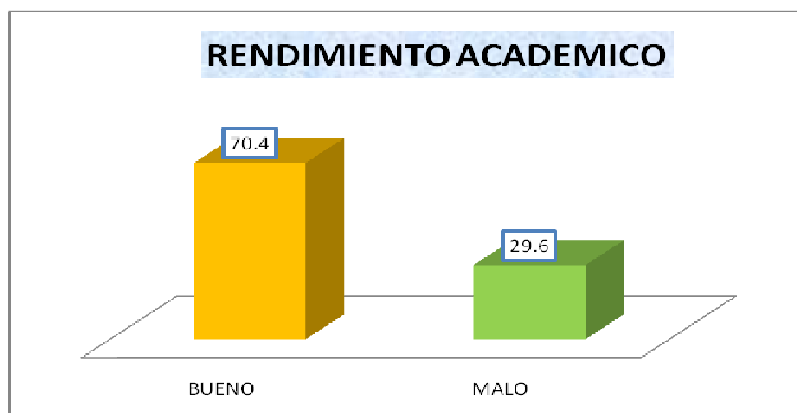
FRECUENCIA DE EDAD

EDAD	Frecuencia	Porcentaje %
8	41	17.1
9	62	25.8
10	58	24.2
11	51	21.3
12	28	11.7
Total	240	100.0

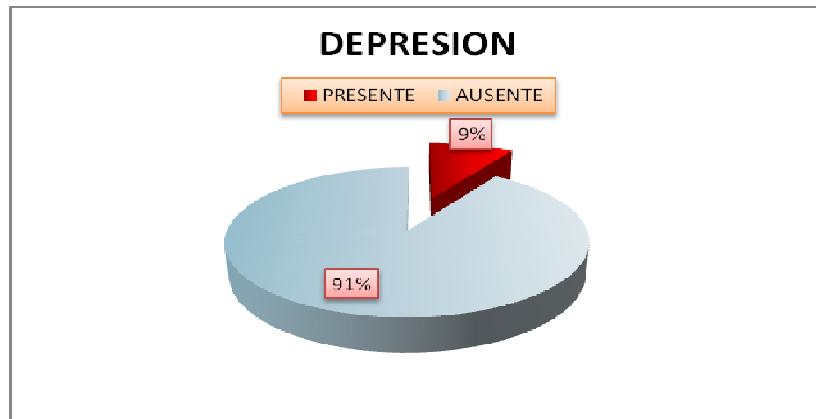


RENDIMIENTO ACADEMICO

RENDIMIENTO ACADEMICO	Frecuencia	Porcentaje %
BUENO	169	70.4
MALO	71	29.6
Total	240	100.0

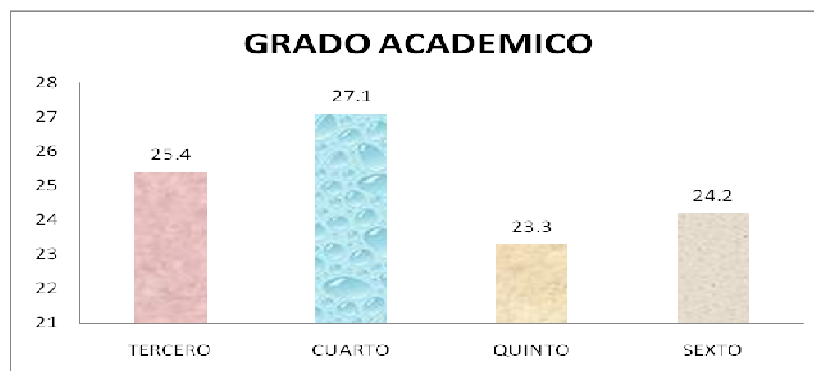


DEPRESION	Frecuencia	Porcentaje %
PRESENTE	22	9.2
AUSENTE	218	90.8
Total	240	100.0



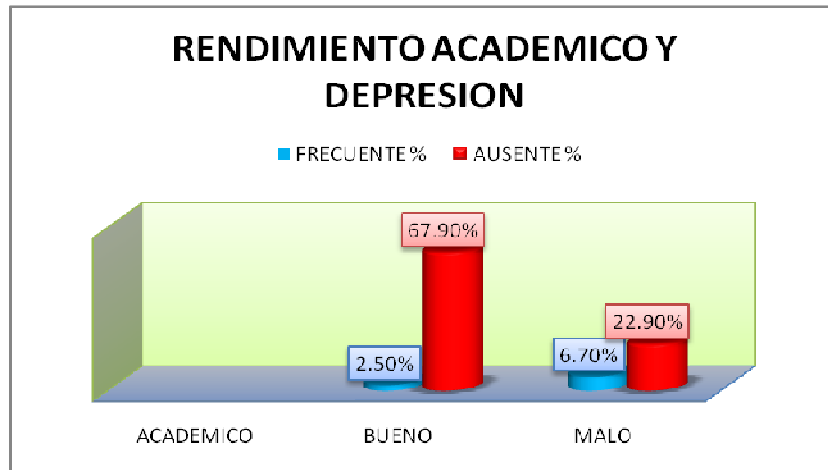
GRADO ACADEMICO

GRADO ACADEMICO	Frecuencia	Porcentaje %
TERCERO	61	25.4
CUARTO	65	27.1
QUINTO	56	23.3
SEXTO	58	24.2
Total	240	100.0



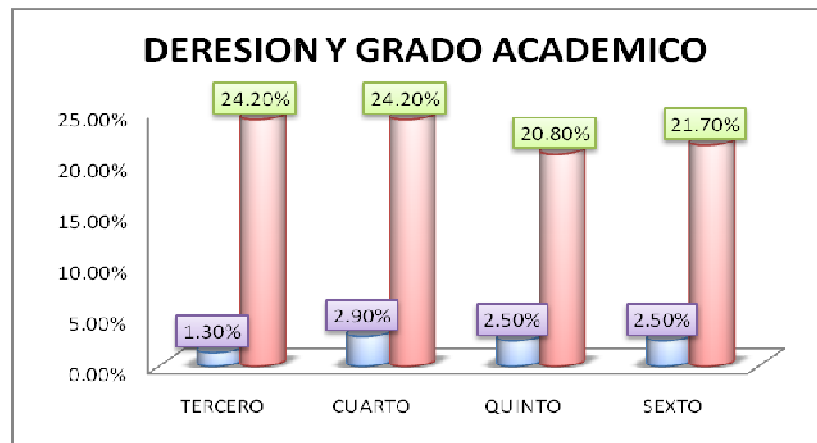
RELACION ENTRE DEPRESION Y RENDIMIENTO ACADEMICO

RENDIMIENO ACADEMICO	FRECUENCIA PRESENTE	FRECUENTE %	FRECUENCIA AUSENTE	AUSENTE %
BUENO	6	2.5%	163	67.9%
MALO	16	6.7%	55	22.9%



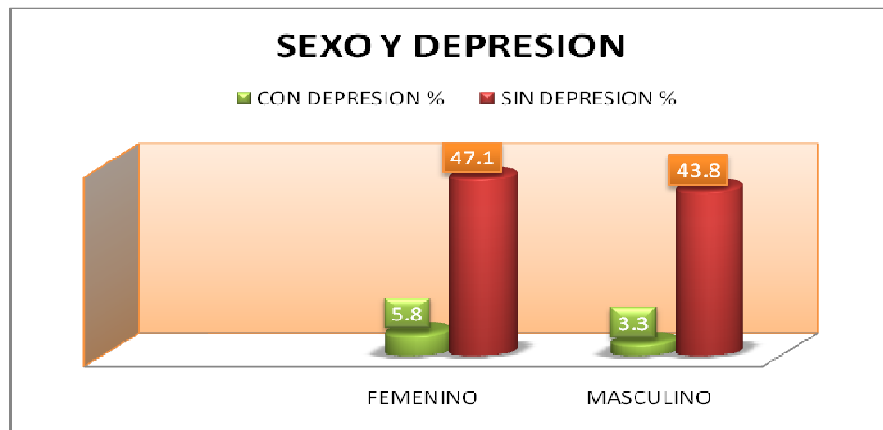
RELACION ENTRE GRADO ACAMEMICO Y DEPRESION

GRADO ACADEMICO	CON DEPRESION	CON DEPRESION %	SIN DEPRESION	SIN DEPRESION %
TERCERO	3	1.3%	58	24.2%
CUARTO	7	2.9%	58	24.2%
QUINTO	7	2.5%	50	20.8%
SEXTO	6	2.5%	52	21.7%

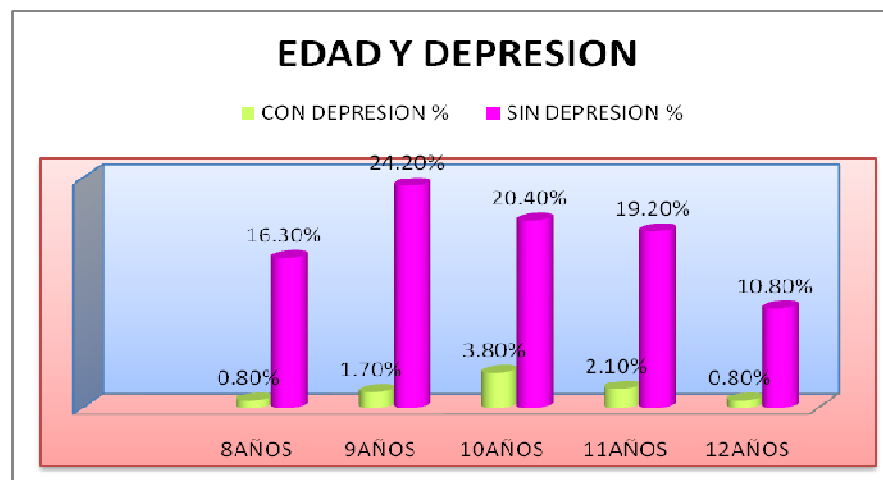


RELACION ENTRE SEXO Y DEPRESION

SEXO Y DEPRESION	CON DEPRESION	CON DEPRESION %	SIN DEPRESION	SIN DEPRESION %
FEMENINO	14	5.8	113	47.1
MASCULINO	8	3.3	105	43.8

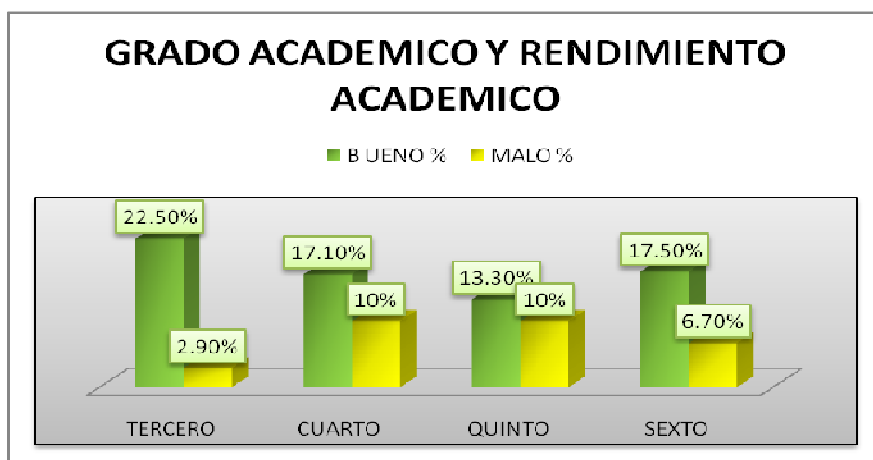


EDAD Y DEPRESION	CON DEPRESION	CON DEPRESION %	SIN DEPRESION	SIN DEPRESION %
8AÑOS	2	0.8%	39	16.3%
9AÑOS	4	1.7%	58	24.2%
10AÑOS	9	3.8%	49	20.4%
11AÑOS	5	2.1%	46	19.2%
12AÑOS	2	0.8%	26	10.8%



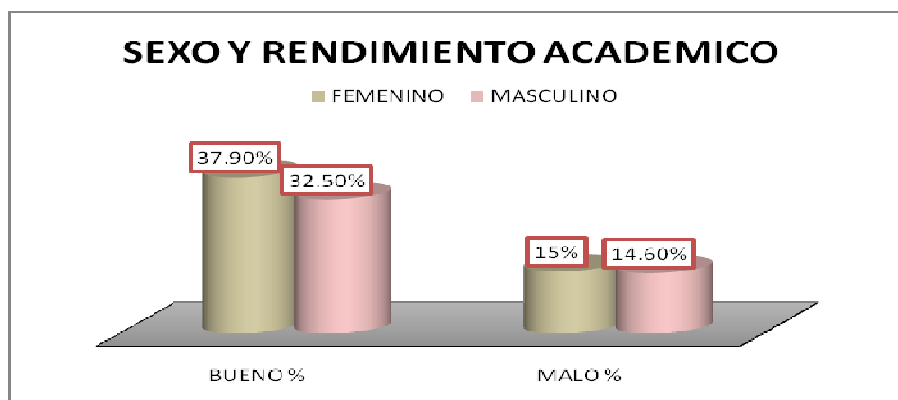
RELACION GRADO ACADEMICO Y RENDIMIENTO ACADEMICO

GRADO ACADEMICO Y RENDIMIENTO ACADEMICO	BUENO	B UENO %	MALO	MALO %
TERCERO	54	22.5%	7	2.9%
CUARTO	41	17.1%	24	10%
QUINTO	32	13.3%	24	10%
SEXTO	42	17.5%	16	6.7%



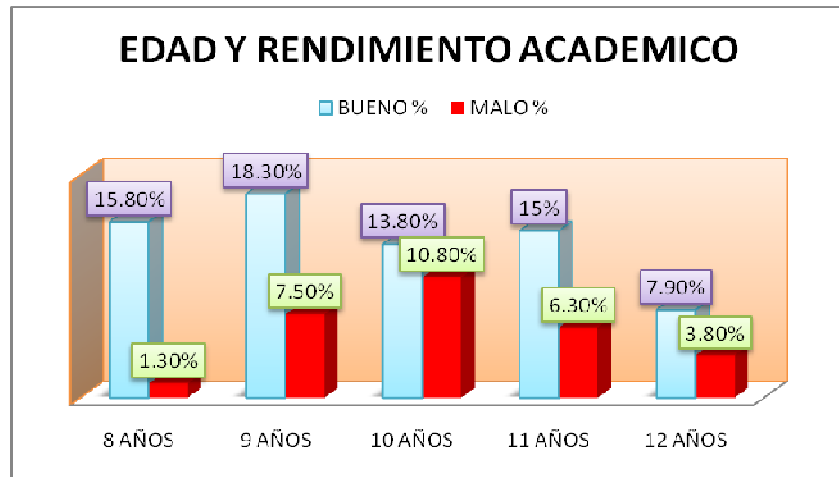
RELACION ENTRE SEXO Y RENDIMIENTO ACADEMICO

SEXO Y RENDIMIENTO ACADEMICO	BUENO	BUENO %	MALO	MALO %
FEMENINO	91	37.9%	36	15%
MASCULINO	78	32.5%	35	14.6%



RELACION ENTRE EDAD Y RENDIMIENTO ACADEMICO

EDAD Y RENDIMIENTO ACADEMICO	BUENO	BUENO %	MALO	MALO %
8 AÑOS	38	15.8%	3	1.3%
9 AÑOS	44	18.3%	18	7.5%
10 AÑOS	33	13.8%	26	10.8%
11 AÑOS	36	15%	15	6.3%
12 AÑOS	19	7.9%	9	3.8%



5 CONCLUSIONES.

En primer lugar podremos decir que aunque el instrumento utilizado mide la sintomatología de la depresión en la infancia considerándola como un estado, no como un rasgo permanente en el sujeto. La mayoría de los niños se recuperan rápidamente de estos estados de ánimo, por lo cual es posible que el mismo no se relacione directamente con el rendimiento académico. Lo anterior no quiere decir que el instrumento no sea útil; por el contrario consideramos que su capacidad para medir variables endógenas favorece la identificación de un problema que puede no ser detectado a simple vista; sin embargo los resultados deben interpretarse de acuerdo con el marco conceptual que sustenta la prueba y que considera a la depresión en la infancia como una patología.

Por otro lado podemos mencionar que el sistema de calificación empleado en la primaria Xavier Villaurrutia SEP al igual que muchas otras, puede ser algo consecuente con sus alumnos, permitiendo a los niños recuperar logros perdidos y mejorar así su rendimiento, genera un porcentaje de estudiantes con buen rendimiento que presentan depresión y viceversa, aun así la mayoría de los niños con notas bajas se relacionaron con un ligero porcentaje de depresión. Obteniendo una frecuencia de buen rendimiento académico y presencia de depresión del 6 (2.5%), buen rendimiento académico sin depresión 163 (67.9%), mal rendimiento académico con presencia de depresión 16 (6.7%) y mal rendimiento académico sin depresión 55 (22.9%), por lo que podemos concluir que la depresión si tiene relación significativa con el rendimiento académico.

Se encontró relación entre las variables en este estudio, no puede negarse que existe un problema con la depresión en los niños evaluados. Como se recordará, fue encontrada una gran cantidad de estudiantes que manifiestan puntuaciones depresivas altas. Si se tiene en cuenta que la probabilidad de sufrir de depresión aumenta con la edad, puede pensarse que sólo en cuestión de años el estado de ánimo depresivo puede transformarse en un rasgo permanente, que afecte claramente la vida de los niños. Desde este punto de vista, la tendencia a encontrar una relación negativa entre las variables evaluadas es sólo el comienzo de una interdependencia que sólo se consolidará en la adolescencia, etapa en la que se ha encontrado una clara relación entre depresión y bajo desempeño escolar.

Finalmente, cabe señalar que este trabajo ha sido de una gran riqueza para mí aprendizaje ya que me ha permitido comprender de una manera profunda el fenómeno de la depresión en la infancia, así como aumentar mis conocimientos sobre estadística y medición. De igual forma los hallazgos e interpretaciones pueden ser empleados para abrir nuevos campos de estudio y de intervención, así como para concientizar a la comunidad educativa de la importancia de formar en y para la salud Mental.

6 DISCUSION.

Hasta este momento puedo decir que la depresión en la infancia es un problema, cuya presencia puede pasar desapercibido para maestros o padres de familia, con lo cual se dificulta su tratamiento de manera oportuna y adecuada. Los niños y adolescentes no suelen buscar ayuda por sí mismos. El reto de hacer llegar la atención necesaria a los menores de edad debe incluir una mejor campaña educativa para padres de familia y maestros, con el fin de que puedan identificar cuándo es necesario buscar atención para sus hijos o alumnos. A diferencia de los trastornos de la conducta, el déficit de atención con hiperactividad o disfunción familiar que suelen provocar molestias en los padres de familia y los maestros en los salones de clase, el menor de edad con depresión muchas veces pasa desapercibido. El primer paso para aumentar el uso de servicios para la depresión con inicio temprano, y disminuir el impacto negativo que tiene en diversos ámbitos de la vida de los jóvenes, es conocer las necesidades de atención en estas edades menos protegidas. Sin embargo, el siguiente paso es realizar una encuesta representativa con jóvenes mexicanos en esta etapa de su vida. Ahora bien, en la literatura denotan la relación entre este fenómeno y el rendimiento académico de los niños. Ante esta posibilidad pueden proponerse las siguientes recomendaciones:

Emprender programas de promoción de la salud mental y de prevención de la depresión en la comunidad educativa evaluada. Sería recomendable que se trabajara, especialmente, sobre el manejo y expresión de los sentimientos de tristeza (respuesta afectiva), las dificultades en la interacción social, el aislamiento y la soledad (problemas sociales) y los conceptos, actitudes y sentimientos respecto a sí mismo (autoestima). Ya que son estas áreas en las que se encuentran puntajes más altos, lo que implica que son dimensiones problemáticas que, de abordarse desde una perspectiva preventiva, pueden evitar problemas futuros.

Realizar intervención terapéutica grupal orientada a las mismas áreas, o *realizar seguimiento individual* de acuerdo con los puntajes de cada niño cuyos puntajes se alejan significativamente de la media. En este sentido, conviene intervenir sobre el problema antes de que se establezca en la personalidad de los niños y afecte su rendimiento escolar u otras áreas vitales. A nivel educativo resultaría útil que se desarrollaran, dentro de los trabajos de grado de la Especialización en Desarrollo Intelectual y Educación, diseños curriculares orientados a la Inteligencia Emocional y que trabajen sobre estos temas. Los mismos no solamente deben estar orientados al trabajo con los estudiantes, sino que pueden ser empleados para la formación de los docentes, dotándolos de criterios para identificar problemas en sus estudiantes y en ellos mismos.

Relacionado con las recomendaciones anteriores, pero desde una perspectiva de investigación, *es necesario profundizar en la caracterización afectiva de las estudiantes, evaluando los factores protectores y de riesgo en esta población, así como las técnicas de intervención, promoción y prevención más adecuadas.* Así, pueden generarse nuevas investigaciones en torno al vínculo entre depresión y el pesimismo, las creencias respecto a la propia habilidad para controlar las emociones, el individualismo, la decadencia de los sistemas tradicionales de creencias y valores, y la falta de apoyo de la comunidad, la violencia física, emocional o sexual, la falta de apoyo de los padres, la negligencia y la mala paternidad, la preocupación por la familia, el alcoholismo familiar, el padecimiento frecuente de enfermedades frecuentes y el estado psicopatológico de la madre, entre otras.

7 BIBLIOGRAFIA

- 1 Estévez, E.; Musitu, G. y Herrero, J. “El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente”, *Salud Mental* 2005, 28 (4), 81-89.
- 2 María Ángeles Diez Zamorano. Análisis bibliométrico sobre depresión infantil en España. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud International Journal of Clinical and Health Psychology* 2003, Vol. 3, Nº 1, pp. 645-653.
- 3 Campo-Arias, A.; González, S.; Sánchez, Z.; Rodríguez; Dallos, C. y Díaz Martínez, L. “Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, Colombia”, *Archivos Pediátricos Uruguayos* 2005, 76 (1), 21-26.
- 4 Aldo Conti, Norberto. *Historia de la Depresión. La Melancolía desde la Antigüedad hasta el siglo XIX*. Editorial Polemos, Buenos Aires.2007. 8-12.
- 5 Wagner A et al. Depresión en la adolescencia. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, Vol. 120, Número 3 de 2007. 10-18.
- 6 Jiménez R, et al, Ana María, Hernández Juárez. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45 (3): 225-232.
- 7 Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42 (4):386-405.
- 8 Soffer Alison, G. *School-based social skills and training to reduce children's depressive symptomatology*. *Humanities & Social Sciences*. 2003 Vol. 63 (12-A).
- 9 Pelkonen, M. Marttunen M, Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatr Drugs* 2003; 5(4): 243-65.
- 10 Hazell P. Depression in child and adolescents. *Clin Evid* 2004; Jun (11):391-402.
- 11 Corina, B. La depresión con inicio temprano. *Salud Publica de México*, 2004 46:5.

- 12 Rodríguez Ávila Jimena; Dr. Ortiz Ramírez, Mario I. Depresión Infantil. Revista científica electronica de psicología. 2006. No.6. 77-88.
- 13 Hernández, G. La depresión infantil. En World Wide Web. 2004. <http://www.psicologoinfantil.com/articulodepresion.htm>.
- 14 Gibb, B., y Alloy, L. A prospective test of the hopelessness theory of depression in children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2006, (35), 264-274.
- 15 Oliva Delgado, A. Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente* 2003, 4 (1):65-81.
- 16 Vara Horna, Arístides A. *Aspectos generales de la depresión: Una revisión empírica*. Asociación por la Defensa de las Minorías: Lima. 2006. 2-15.
- 17 García, R. Trastornos del estado de ánimo. En: Almonte, C., Montt, M. E. & Correa, A. (Eds.) *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. Santiago: Edit. Mediterráneo, 2003. 369-381.
- 18 Bethesda, Maryland. Depression in Children and Adolescents A Fact Sheet for Physicians. National Institute of Mental Health (NIMH). September 2000; 1-10
- 19 Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública Mex* 2004; 46:417-424.
- 20 Escribá-Quijada R, Maestre-Montoya C, Amores Laserna P, Pastor-Toledo A, Millares Marco E, Escobar Rabadán F. Prevalencia de depresión en adolescentes. *Actas Esp Psiquiatria* 2005;33(5):298-302
- 21 Rohde P, Clarke GN, Mace DE, Jorgensen JS, Seeley JR. An efficacy/effectiveness study of cognitive-behavioral treatment for adolescents with comorbid major depression and conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43(6):660-8.
- 22 Ahmed, W. y Bruinsma, M. A Structural Model of Self-concept, Autonomous Motivation and Academic Performance in Cross-cultural Perspective. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, nº 10, 4(3) 2006, 551-576.
- 23 Fernández-Castillo, A. y María Esperanza Gutiérrez Rojas. Atención selectiva, ansiedad, sintomatología depresiva y rendimiento académico en adolescentes *Electronic Journal of Research in Educational Psychology* 2009. No 17, Vol 7 (1), pp: 49-76
- 24 López, J., y Aliño, I. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). trastornos del estado de ánimo. Barcelona, España.: Masson. 1ª edición. 2003. (3) 1-77.

- 25 López, J. Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) 1992. Madrid: editor. 1ª Edición.
- 26 Gómez, I, Alvis, A., Sepúlveda, MF. Características psicométricas del instrumento. Children Depression Inventory (CDI) para detectar sintomatología depresiva en niños de 8 a 12 años de la ciudad de Medellín. En: *PSICOG* (editores). Investigaciones de psicología clínica-cognitiva comportamental en la ciudad de Medellín: U. DE A.2003. 1-50.
- 27 Espinoza, E. Impacto del maltrato en el rendimiento académico. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, nº 9, 4(2) 206, 221-238.

8 ANEXOS

ANEXO 1

TABLA. Contenido de los ítems del CDI relacionados con los síntomas recogidos en el DSM-IV y DSM-IV-TR (APA, 1995 - 2000).

Criterios DSM-IV / DSM-IV-TR	Ítems CDI
A (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio participante (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.	1,2,10,20
A (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio participante u observan los demás).	4
A (3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.	18
A (4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.	16
A (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).	15
A (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.	17
A (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)	3,7,8,25
A (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).	13
A (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.	9

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE EVALUACION

Nombre: _____ . Fecha: _____

Edad: _____ años. Sexo: _____ GRADO: _____ . GRUPO: _____ .

MARCA CON UNA "X", SOLO UN ENUNCIADO POR CADA NUMERO.

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 matarme.
 pienso en matarme pero no lo haría.
 Quiero matarme.
10. Tengo ganas de llorar todos los días.
 Tengo ganas de llorar muchos días.
 Tengo ganas de llorar de cuando 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 algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.
 Soy feo
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 muy bien.
17. Estoy cansado de cuando en cuando.
 Estoy cansado muchos días.
 Estoy cansado siempre.
18. La mayoría de los días no tengo ganas de comer.
 Muchos días no tengo ganas de comer.
 Como muy bien.
19. No me preocupa 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 sólo de vez en cuando.
 Me divierto en el colegio muchas veces.
22. Tengo muchos amigos.
 Tengo muchos 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.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

**PARA REALIZAR EL ESTUDIO DE INVESTIGACION SOBRE RELACIÓN ENTRE
DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESTUDIANTES DE LA PRIMARIA XAVIER
VILLAURRUTIA. SOLO CON FINES EDUCATIVOS**

NOMBRE DEL PACIENTE _____
EDAD _____ SEXO _____ FECHA _____
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR _____
DOMICILIO _____ TEL _____

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en la primaria Xavier Villaurrutia, la información que usted proporcione mediante sus respuestas serán de carácter confidencial, anónima y obtenido de manera voluntaria. Si usted considera que alguna pregunta le causa incomodidad tiene la libertad de no permitir realizarlo, así como por sentirse herido, incomodo o molesto.

La información que se obtiene será utilizada para fines de investigación que permita obtener información útil para mejorar las condiciones emocionales y academias de los alumnos.

El cuestionario tiene 27 ítems y se contestan en aproximadamente 10 minutos. No existen respuestas buenas ni malas, únicamente le pedimos que sus respuestas sean honestas. GRACIAS.

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO