

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**

**FACULTAD DE HUMANIDADES**

**ESCUELA DE EDUCACIÓN**



**RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN INFANTIL Y EL  
RENDIMIENTO ACADÉMICO EN LOS ESTUDIANTES DE  
QUINTO GRADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE LA  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA “JUAN MANUEL ITURREGUI” -  
LAMBAYEQUE**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN EDUCACIÓN PRIMARIA**

**AUTORA**

**RITA VANESSA CEVALLOS RIVAS**

**ASESOR**

**Mgr. OSMER AGUSTÍN CAMPOS UGAZ**

**Chiclayo, 2016**

## **DEDICATORIA**

Con todo el amor y ternura a Dios,  
por iluminar mi carrera.

A mis padres con todo cariño como fiel  
reconocimiento de mi eterna gratitud por  
su ayuda desinteresada y su apoyo moral  
que me brindaron a lo largo de mi  
formación profesional.

A mi esposo y a mi hijo por su apoyo  
incondicional en los momentos más  
importantes de mi vida.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios, por haberme dado la sabiduría y la fortaleza necesaria para terminar exitosamente mi anhelada carrera profesional.

A mis queridos profesores de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo por sus enseñanzas durante mi formación profesional y personal, a todas las personas que de una u otra manera han contribuido a la realización de este trabajo de investigación; y en especial a los profesores Osmer Campos Y Nery Sampén, por su orientación, tolerancia y paciencia.

A los directivos y profesores de la Institución Educativa Juan Manuel Iturregui-Lambayeque, por brindar las facilidades para la realización de este trabajo de investigación.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I. MARCO DE REFERENCIA DEL PROBLEMA.....	10
1.1. ANTECEDENTES.....	10
1.2. BASES TEÓRICOS CIENTÍFICAS.....	11
1.2.1. LA DEPRESIÓN INFANTIL.....	11
1.2.1.1. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA DEPRESIÓN INFANTIL.....	14
1.2.1.2. APROXIMACIÓN COGNITIVA A LA DEPRESIÓN INFANTIL.....	20
1.2.1.3. FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN INFANTIL.....	23
1.2.1.4. INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL (CDI) DE KOVAC.....	28
1.2.2. RENDIMIENTO ACADÉMICO.....	29
1.2.2.1. DEFINICIÓN DEL RENDIMIENTO ACADÉMICO.....	30
1.2.2.2. FACTORES DEL RENDIMIENTO ACADÉMICO.....	30
1.2.2.3. EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO ACADÉMICO.....	31
1.2.3. RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN INFANTIL Y RENDIMIENTO ACADÉMICO.....	32
CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO.....	33
2.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO.....	34
2.3. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	35
2.4. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	36
2.5. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	37
2.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS:.....	37
CAPÍTULO III. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	38
3.1. NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS ESTUDIANTES DEL QUINTO GRADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “JUAN MANUEL ITURREGUI”- LAMBAYEQUE.....	38
3.2. NIVEL DE RENDIMIENTO ACADÉMICO EN LOS ESTUDIANTES DEL QUINTO GRADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “JUAN MANUEL ITURREGUI”- LAMBAYEQUE.....	52
3.3. CORRELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN CON EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN LOS ESTUDIANTES DEL QUINTO GRADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “JUAN MANUEL ITURREGUI” LAMBAYEQUE.....	52
3.4. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS: PRUEBA “T” DE STUDENT PARA EL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON.....	53
3.5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	54
CONCLUSIONES.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
ANEXOS.....	64

## RESUMEN

El rendimiento escolar ha sido una variable frecuentemente asociada a la depresión en infancia. Sin embargo, aún existe mucha incertidumbre en torno a esta relación. En esta perspectiva, se formuló el problema de investigación de la siguiente manera: ¿Cuál es la relación entre la depresión infantil y el rendimiento académico en los estudiantes del Quinto Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa “Juan Manuel Iturregui”- Lambayeque? Para ello se diseñó el presente estudio de tipo descriptivo correlacional, por cuanto estuvo orientado a determinar la relación que existe entre la depresión infantil y el rendimiento académico en los estudiantes del Quinto Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa “Juan Manuel Iturregui”- Lambayeque. La población del estudio estuvo conformada por 250 alumnos (hombres y mujeres) que pertenecen al grado antes mencionado, representado por una muestra de 60 estudiantes, la misma que fue seleccionada a través del muestreo no probabilístico, por conveniencia, a quienes se les aplicaron dos instrumentos, el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI) y una lista de cotejo. El primer instrumento sirvió para identificar los niveles de depresión infantil y el segundo para recoger datos ligados al rendimiento académico. Los resultados según el coeficiente de correlación de Pearson con un valor  $r = 0.8$  como un todo, evidencia una correlación muy significativa entre la variable depresión infantil y rendimiento académico, lo que permitió contrastar la hipótesis formulada, siendo  $T_e: 50,0 > t_t: 2.00$

**Palabras claves:** Depresión infantil, Rendimiento Académico.

## ABSTRACT

School performance has been a variable frequently associated with childhood depression. However, there is still a lot of uncertainty surrounding this relationship. In this perspective, the research problem was formulated as follows: What is the relationship between childhood depression and academic performance in the students of the Fifth Degree of Primary Education of the Educational Institution "Juan Manuel Iturregui" - Lambayeque? To this end, the present descriptive correlational study was designed, as it was aimed at determining the relationship that exists between childhood depression and academic performance in students of the Fifth Grade of Primary Education of the Educational Institution "Juan Manuel Iturregui" - Lambayeque. The study population consisted of 250 students (men and women) who belong to the aforementioned degree, represented by a sample of 60 students, the same that was selected through non-probabilistic sampling, for convenience, to whom two were applied. instruments, the Kovacs Child Depression Inventory (CDI) and a checklist. The first instrument was used to identify levels of childhood depression and the second to collect data linked to academic performance. The results according to the Pearson correlation coefficient with a  $r = 0.8$  value as a whole, show a very significant correlation between the infant depression variable and academic performance, which allowed to contrast the formulated hypothesis, being  $T_e: 50.0 > t_t: 2.00$

**Keywords:** Children Depression, Academic Performance.

## INTRODUCCIÓN

La depresión infantil es un constructo relativamente nuevo, pues recién en la década de 1970 es reconocida como una entidad patológica independiente. Ahora nadie duda de la existencia de la depresión infantil; sin embargo, aún existen diferencias en cuanto a su conceptualización. Según Ramírez (2009):

Después de su reconocimiento, la investigación de la depresión infantil ha avanzado hasta convertirse en la actualidad en uno de los temas más importantes de la psicopatología infantil (Kaslow et al., 1999) tanto por el elevado número de casos presente en nuestra población, así como por las perturbaciones que causa en el desarrollo de los niños y adolescentes. (p. 5)

La depresión, según los últimos datos estadísticos referentes a la salud mental, es una de las enfermedades mentales más prevalentes en la población peruana. Los estudios realizados en adolescentes revelan alarmantes cifras tanto de sintomatología depresiva (que incluye la ideación y el intento suicida) como del número de personas que podrían alcanzar un diagnóstico de depresión mayor. Por ejemplo, en Cajamarca, uno de cada veinte adolescentes reúne criterios para ser diagnosticado con depresión mayor. (Instituto Especializado de Salud Mental, 2005)

Asimismo, a pesar de que no existen estudios epidemiológicos con niños, existe la presencia de numerosos factores de riesgo, casos observables y la reciente aparición de suicidios en la población infantil, entre otros aspectos, que evidencian la presencia de este síndrome.

A nivel mundial, se encuentran diversos problemas con respecto a la depresión infantil en España, la incidencia de depresión severa en los niños es probablemente del 5% al 6%, aunque no se saben las cifras exactas. Aunque en la niñez no existen diferencias entre los géneros en relación a los trastornos del estado de ánimo, las niñas son más propensas que los niños a sufrir de depresión durante la adolescencia y la etapa adulta. La depresión y el riesgo de suicidio que la acompaña aumentan significativamente durante la adolescencia.

De igual forma, en algunos países europeos, según Rodríguez et al. (2007):

La depresión infanto-juvenil, con una prevalencia del 2% en escolares, que asciende hasta el 8% durante la adolescencia, continúa siendo infradiagnosticada. El motivo fundamental es la

diversidad en la forma de presentación en las diferentes etapas del desarrollo evolutivo. Aunque la depresión mayor se define por la persistencia de un estado de ánimo depresivo o irritable mantenido en casi todas las actividades, la mayor parte del tiempo, durante al menos 2 semanas, frecuentemente este estado de ánimo queda enmascarado por otras manifestaciones, como alteraciones conductuales (agresividad, conductas delictivas, consumo de tóxicos), disminución del rendimiento escolar, conflictos familiares o síntomas somáticos. La importancia de disponer de estrategias de tratamiento eficaces radica en la disfunción social, académica y familiar que suele conllevar, alterando el desarrollo psicomotor y predisponiendo a padecer trastornos psiquiátricos en la edad adulta. (p. 2)

Además, en algunos países de Latinoamérica, en México, sobre una muestra de 1286 niños entre 8 y 13 años, Del Barrio, Frías y Mestre (1994) encuentran que en la población infantil hay una correlación entre niveles altos de depresión y sentimientos de baja autoestima, además de una correlación positiva con los síntomas de ansiedad y aislamiento.

A su vez, las disfunciones familiares (pobre habilidad comunicativa, interacciones abusivas, etc.) y las presiones ambientales (exigencias académicas, constante movilidad y disponibilidad de drogas), podrían llevar a la depresión y a la falta de habilidad para afrontar el estrés aumentando el riesgo de suicidio (Capuzzi, 1994).

Ante esto, la problemática mostrada en esos sectores no es ajena en nuestro país y en nuestra región lambayecana. Por ello al existir pocas investigaciones en este contexto, y teniendo en cuenta los objetivos de la investigación, se plantea la siguiente pregunta: ¿En qué medida la depresión infantil se relaciona con el rendimiento académico en los estudiantes del Quinto Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa “Juan Manuel Iturregui”- Lambayeque?

En esta perspectiva, se formuló el siguiente objetivo general:

- Determinar la relación que existe entre la depresión infantil y el rendimiento académico en los estudiantes del Quinto Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa “Juan Manuel Iturregui”- Lambayeque.

Y los objetivos específicos:

- Identificar el nivel de depresión infantil en los estudiantes del Quinto Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa “Juan Manuel Iturregui”- Lambayeque.
- Identificar el nivel de rendimiento académico en los estudiantes del Quinto Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa “Juan Manuel Iturregui”- Lambayeque.
- Sustentar teóricamente las variables de estudio, tanto dependiente como independiente.

En esta lógica, la presente investigación pretende abordar un diagnóstico de los niveles de depresión infantil y rendimiento académico, para así determinar si existe o no alguna relación que explique el bajo rendimiento de los estudiantes. De igual forma, la importancia de esta investigación radica en la poca investigación que se ha hecho en nuestro país acerca de la depresión infantil y su relación con el rendimiento escolar, a su vez que de encontrarse alguna relación, sería un aporte para el crecimiento de enseñanza-aprendizaje en nuestro país y en nuestra región.

## CAPÍTULO I

### MARCO DE REFERENCIA DEL PROBLEMA

#### 1.1. Antecedentes

Se ha encontrado trabajos de investigación que tienen estrecha relación con el tema de nuestra investigación, como los siguientes:

**Reyna, Y. (2005)** realizó una investigación en la Universidad Autónoma de Durango, titulada: “Depresión Infantil en los niños de 3-6 años de edad en el Jardín de niños Dolores Vega Anza” para optar el grado de Maestra en Psicología Clínica. Ante esto, la investigación llegó a la siguiente conclusión: Sí existen síntomas de depresión entre los alumnos del Jardín de Niños Dolores Vega Anza de la ciudad de Zacatecas, de los 80 menores 18 de ellos presentaron síntomas correspondientes a depresión moderada, de acuerdo con la escala aplicada ESDM 3-6; 12 de ellos corresponden al sexo femenino y 6 al sexo masculino, lo que indica que existe un mayor índice de incidencia en niña.

**Melo, C. & Vega, V. (2009)** para optar el título de Licenciada en Psicología, con mención en Psicología Clínica, realizó una investigación en la Pontificia Universidad Católica del Perú, titulada: Sintomatología depresiva en niños trabajadores y no Trabajadores que asisten a escuelas públicas de Lima Metropolitana, al término del estudio, concluye: los niños trabajadores presentan mayores índices de sintomatología depresiva, en comparación a los niños con igual nivel socioeconómico pero que no se encuentran trabajando.

**Díaz, A. (2009)**, empleando el CDI, respecto a los estudios sobre depresión infantil y rendimiento académico, una investigación realizada por 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 y, por tanto, afecta negativamente diferentes esferas de la vida.

**Díaz, Prados, Cuesta & López (2009)** afirman que “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.”. En la misma línea, Goleman (1995) 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. Un niño que no siente alegría ante nada encontrará que es difícil reunir la energía necesaria para enfrentar lecciones que son un desafío (...) toda esta agitación académica, naturalmente, agrava la depresión” (p.281).

**Chavarro, Ríos, Tovar & Von, R. (2010)** en su trabajo realizado con niños es el que llevaron a cabo en Cali (Colombia). 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 (CET-DE, Alonso Fernández, 1986). Los resultados son coherentes con el estudio de Díaz y otros (2009): se comprobó que la depresión afecta el rendimiento académico, notándose que los individuos con diagnóstico depresivo tienen un bajo nivel. Adicionalmente los autores afirman que no hay diferencias marcadas entre la presencia de depresión en adolescentes y niños.

Por lo tanto, todos los autores citados, permiten explicar la asociación existente entre las variables depresión y rendimiento académico. Bajo la lógica de los estudios empíricos mencionados, se busca establecer la correlación de ambas variables en los alumnos del Quinto Grado de la I.E. “Juan Manuel Iturregui” de la ciudad y provincia de Lambayeque.

## **1.2. Bases teóricas científicas**

### **1.2.1. La depresión infantil**

Según Rodríguez y Ortiz (2005), se dice que: “el término depresión ha sido definido de diversas maneras y ampliamente estudiado a lo largo de los siglos, sin embargo, desde el punto de vista psicológico actual, la depresión es un término genérico que se aplica a un conjunto de desórdenes de la afectividad, cuyo rasgo esencial y común es una alteración del estado de ánimo unida a problemas cognitivos, psicomotores, psicofisiológicos e interpersonales, que ocurre como condiciones únicas o acompañados de otros estados patológicos, es decir, la esfera psíquica, la somática y la conductual son perturbadas en grados diversos.”

Siguiendo con el análisis, es pertinente señalar que en este estudio tomaremos el concepto genérico de depresión infantil el cual de acuerdo a Domínguez y Torres (1996) es aplicable tanto a niños como a adolescentes. Siguiendo el pensamiento de estos autores, se describe a continuación el tránsito que ha pasado el tema de depresión infantil.

La depresión infantil – y por ello la de los adolescentes – ha existido desde siempre, como lo reflejan textos literarios que hacen referencia sobre la nostalgia o melancolía en niños desde el siglo XVII (Jiménez, 1995; Kaslow, Croft y Hatcher, 1999). Los psiquiatras europeos Griesinger, Delasiauve y Moureau de Tours en el siglo XIX, describen la existencia de estados depresivos en la infancia (Tomás, Teixidó y Gastaminza, 1996).

Sin embargo, a partir de la década de 1930, el psicoanálisis ortodoxo, apoyándose en la inmadurez de la estructura superyoica en las primeras etapas del desarrollo, niega la existencia de la depresión infantil (Jiménez, 1995); esta postura influyó, en cierta medida, de modo negativo en el avance de la investigación de la depresión infantil (Wicks-Nelson e Israel, 1997) y dio inicio al debate sobre su existencia por casi medio siglo. Sin embargo, no todos los teóricos psicodinámicos compartían esta postura y muchos de ellos como Klein, Spitz y Bowlby, entre otros, se interesaron y se anticiparon al estudio de la depresión infantil (Del Barrio, 2005). En el período en el que aún no se aceptaba del todo la existencia de la depresión infantil, gran parte del desacuerdo entre los teóricos era de tipo semántico, debido a la naturaleza compleja y polimorfa de esta entidad patológica (Cuevas y Teva, 2006).

En la década de 1960, surge la postura teórica que sostenía que la depresión infantil se mostraba “enmascarada” por otros síntomas conductuales, tales como la irritabilidad o la indisciplina escolar, manifestaciones que tenían poco que ver con los síntomas comunes atribuidos a la depresión (Kaslow et al., 1999; Rodríguez, 2000).

La depresión infantil es admitida por primera vez como desorden mental en el IV Congreso Europeo de Paidopsiquiatría, celebrado en 1971, lo cual da inicio a la progresiva aceptación de esta entidad. Entre 1978 y 1980 surge la polémica entre Lefkowitz y Burton y Costello. Por un lado, Lefkowitz y Burton (1978), referían que el concepto de la depresión infantil es inconsistente e insustancial puesto que, de acuerdo a su revisión de literatura clínica, los síntomas que se consideran propios de esta patología son transitorios y remiten espontáneamente; asimismo, aparecen con elevada frecuencia en los niños, por ello lo consideraban un síntoma normal del crecimiento y no psicopatológico. Por otro lado, Costello

(1980) refuta esta postura, esclareciendo la distinción entre síntoma y síndrome; siendo la depresión un síndrome, dado que no es transitorio ni remite espontáneamente, como sí podría suceder si se tratara de algunos síntomas.

Finalmente, en 1980, con la publicación del DSM III de la APA, se logra un consenso de las distintas posiciones teóricas respecto a la existencia de la depresión infantil, siendo formalmente reconocida (Kaslow et al., 1999). Gracias a este consenso de los criterios, se pudo crear y refinar instrumentos diagnósticos con el fin de investigar más adecuadamente esta entidad, lo cual trajo, a su vez, mejoras en su definición y progresos en su comprensión (Waslick, Kandel y Kakourous, 2003). Así, se puede ver que el interés que ha suscitado la depresión infantil ha aumentado en forma muy clara en las dos últimas décadas (Kaslow et al.; Wicks-Nelson e Israel, 1997), pasando a constituirse en uno de los temas de mayor interés de la psiquiatría y la psicología infantil, lo cual está probado por el creciente aumento de la bibliografía presente sobre este tema en los últimos años, como lo demuestra una reciente investigación bibliométrica hecha por Diez (2003) en España.

Como veíamos líneas arriba, gran parte de las dificultades para la aceptación conjunta de la existencia de la depresión infantil estaba dada por la confusión semántica, es decir, por la falta de acuerdo en su conceptualización. Por ello, Cuevas y Teva (2006) siguiendo el planteamiento de Costello (1980) encuentran como paso importante para precisar la definición de la depresión infantil, diferenciar entre lo que es la depresión como síntoma, como síndrome y como trastorno.

La depresión-síntoma, se entiende como un estado de ánimo disfórico (identificada por el sujeto como sentirse desgraciado, triste, melancólico, pesimista, etc.), que se experimenta en cualquier momento del ciclo vital, como consecuencia de vivencias que pueden resultar negativas o dolorosas para la persona; dicho estado tiene una naturaleza temporal (Cuevas y Teva, 2006). Wicks-Nelson e Israel (1997) refieren además, que éste es el sentido más coloquial del término depresión y que no implica enfermedad.

La depresión-síndrome, se refiere a un conjunto de síntomas concomitantes con el estado disfórico, asociados a problemas somáticos (trastornos vegetativos), conductuales (cambios psicomotores), cognitivos y motivacionales (Cuevas y Teva 2006; Wicks-Nelson e Israel, 1997). Cuevas y Teva precisan que si el síndrome es producto de antecedentes previos de tipo psicológico, psiquiátrico, médico o ambiental, éste pasaría a ser un problema

secundario. La depresión-trastorno, tiene connotaciones más amplias que lo que representa la depresión como síndrome; pues, además, se presenta de forma persistente y repercute de manera negativa en diversas áreas de la vida del niño o del adolescente; adicionalmente se reconocen ciertos elementos que han predisuesto y que mantienen la presencia del trastorno; como son, la historia familiar, el contexto, los aspectos biológicos, cognitivos, etc. (Cuevas y Teva, 2006; Wicks-Nelson e Israel, 1997).

Así, lo que se entiende por depresión infantil es lo que corresponde al trastorno. En la actualidad, nadie duda de la existencia de este trastorno; sin embargo, existen divergencias en los investigadores frente a la pregunta de si los niños o los adolescentes pueden experimentar la gran variedad de aspectos afectivos, somáticos, cognitivos y conductuales que experimentan los adultos con depresión mayor (Wicks e Israel, 1997). Algunos autores consideran que los síntomas de los niños y adolescentes pueden ser equiparables a los del adulto, mientras que otros piensan que es necesaria una evaluación de los síntomas considerando los diferentes niveles del desarrollo.

#### **1.2.1.1. Descripción clínica de la depresión infantil**

Según la APA (2002), considera en cuanto a la depresión para niños y adultos, los mismos criterios diagnósticos, salvo dos características que lo diferencian: (a) la aceptación de que, en niños y adolescentes, la irritabilidad puede reemplazar el estado de ánimo depresivo; y (b) que los niños o adolescentes no solo subirán o bajarán de peso; sino que, al estar en proceso de crecimiento, se considera que la inapetencia y la falta de un peso adecuado para su edad es un indicador importante a tomar en cuenta.

La OMS (2007) no reconoce ningún criterio específico en función de la edad. Sin embargo, los criterios diagnósticos del CIE-10 se diferencia del DSM-IV-TR, pues consideran que la pérdida de la autoestima es un síntoma separado del criterio de sentimiento inapropiado de inutilidad y culpa excesivas e inapropiadas; así como también, se diferencian en el número de síntomas utilizados para los criterios diagnósticos, por lo menos seis aparte de los síntomas generales.

Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor

- a. Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) ó (2).

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.

- 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.

- Pérdida importante del peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento de apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperados.

- Insomnio e hipersomnia casi cada día.

- Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día

- Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

- 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).

- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día.

- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

- b. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

c. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

d. Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

e. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

La segunda línea teórica, considera que la depresión infantil debe conceptualizarse a partir de un criterio evolutivo. Postula que es necesario una evaluación de los síntomas a través de los niveles del desarrollo, planteando que a pesar de que la depresión infantil posee

similitud con la depresión adulta, tiene características que la diferencian, las cuales están originadas básicamente en la naturaleza evolutiva del niño y del adolescente. Al respecto, Del Barrio (2005) y Kowatch, Emslie y Kennard (1996), refieren que esta influencia se manifiesta en los desencadenantes, en la forma en que se expresan los síntomas, en el curso y en el pronóstico del trastorno.

Los autores pertenecientes a esta línea teórica, critican el hecho de que las clasificaciones internacionales no toman en cuenta, con la especificidad necesaria, las características propias de la niñez y la adolescencia. Kowatch et al. (1996), refieren que las clasificaciones propuestas específicamente para los niños y adolescentes limitan y describen más adecuadamente, para este grupo etéreo, las características de esta patología.

Al respecto Del Barrio (2005) hace una síntesis de lo que varios autores refieren como síntomas habituales de la depresión infantil y los clasifica en seis categorías:

**Emocionales:** En los cuales se encuentran los sentimientos de tristeza, pérdida del disfrute, falta de sentido de humor, cambios bruscos de humor, irritabilidad; así como la ausencia de interés y llanto excesivo.

**Motores:** Se hace referencia por un lado a la hipoactividad, letargo, enlentecimiento motor, inmovilidad, torpeza, estupor y atonía; y, por el contrario, también encontramos la hiperactividad e inquietud.

**Cognitivos:** La autora cita la falta de concentración, pérdida de memoria y descenso en el rendimiento académico; así como, pesimismo, desesperanza, indecisión, sentimientos de culpa, baja autoestima e ideas de suicidio.

**Sociales:** Entre ellos encontramos el aislamiento, retraimiento, evitación e incompetencia social.

**Conductuales:** En esta categoría encontramos síntomas referidos exclusivamente a la depresión infantil, en comparación a la adulta, entre los cuales se cita: protestas, riñas, desobediencia, rabietas, indisciplina escolar, delincuencia, drogas y piromanía.

**Psicosomáticos:** Entre estos síntomas destacan la enuresis, fatiga, pérdida de peso, dolores múltiples, pesadillas, cambios en el sueño y el apetito; así como la baja de las defensas inmunológicas, dermatitis y alergias.

Del Barrio (2005) indica los síntomas que se presentan de manera frecuente en función de la edad.

Desde bebés hasta la edad preescolar (0-2 años). En este período de edad, la depresión está relacionada a la depresión anaclítica producida en niños institucionalizados que no reciben estímulos emocionales adecuados y que se caracterizan por llanto constante, inexpresividad, disminución del peso, vulnerabilidad a las infecciones, retardo en el desarrollo psicológico. En esta etapa, además, son evidentes los síntomas de tipo motor como la inexpresión facial y los movimientos corporales que indican retraimiento y rechazo.

Preescolares (2-5 años). Los síntomas afectan el área social: no participa en actividades propias de su edad (puede negarse ir al colegio y participar en juegos con sus pares); puede manifestar ciertas conductas desadaptativas: irritación y agresión (hacia sí mismo, objetos y personas); además de problemas físicos: enuresis, encopresis, dificultades alimenticias, insomnio, dolores y molestias

Escolares (6-12 años). Los síntomas se empiezan a mostrar sobre todo en la escuela y en su relación con los pares, que son las actividades que caracterizan esta edad. En este período, se puede observar rechazo a las actividades escolares, irritación (peleas y discusiones constantes con sus pares), ansiedad, dificultades en el aprendizaje, entre otros. Relacionado con su desarrollo cognitivo, se empiezan a presentar los primeros pensamientos negativos, se muestra autocrítico e inseguro de sus capacidades, con poca motivación y con temores nocturnos. Se puede evidenciar, desde este período, problemas de conducta estrechamente relacionados con la depresión infantil, como la crisis de llanto, gritos, peleas, conductas autodestructivas, etc.;

Adolescentes (12-18 años). En este período los episodios depresivos se muestran con mayor frecuencia y más intensamente; asimismo, los aspectos cognitivos y afectivos se tornan más importantes, mientras que los aspectos motores de las edades anteriores disminuyen.

Relacionados con estos cambios, encontramos que se hacen evidentes: el disgusto con la imagen corporal y con el desempeño, sentimientos de inferioridad, pesimismo, ideación suicida, el comportamiento aislado, agresivo (desafiante y opositor); así como los problemas de anorexia, bulimia e hipersomnia.

En conclusión, según refiere Rodríguez (2000), al ser la depresión infantil una entidad de naturaleza compleja por ser polimorfa, florida y frecuentemente comórbida con otras patologías, debe ser abordada de manera multiaxial; es decir, tomando en cuenta los múltiples factores que la configuran para tener una buena comprensión clínica del problema. Estas características hacen que sea común, según el mismo autor, que la depresión infantil no encaje fácilmente con las Clasificaciones Internacionales (DSM-IV y CIE-X). Sin embargo, no descarta su utilidad por los fines administrativos y su uso en la salud pública.

#### A. Tipos de depresión

La forma en que se pueden clasificar la depresión es muy variada, debido sobre todo a su complejidad. Tomaremos como base la clasificación hecha por Del Barrio (2005), dado que es la que abarca de manera más amplia y actual las depresiones infantiles. Esta autora las clasifica de acuerdo a su curso, su severidad, su causalidad, su modo y frecuencia, su carácter evolutivo, su sintomatología y su duración.

Por el curso, se pueden clasificar en depresión unipolar, que solo manifiesta un episodio depresivo y su pronóstico es bueno; y en depresión bipolar, donde se alternan los episodios depresivos con los maniacos y tiene mal pronóstico (Cuevas y Teva, 2006; Del Barrio, 2005).

Por la severidad, se pueden encontrar los tipos de depresión considerados en el DSM-IV-TR (APA, 2002). La depresión mayor, presentándose con numerosos e intensos síntomas; y la distimia, que presenta sintomatología menos severa y numerosa, pero persistente por varios años.

Por las causas que las generan, pueden ser: exógena, la cual se debe etiológicamente a causas externas (eventos psicosociales negativos) que están relacionadas directamente con su aparición; y endógenas, que se generan de manera inexplicable y tienen una etiología interna, por ejemplo, un déficit tiroideo (Cuevas y Teva, 2006; Del Barrio, 2005).

Por su modo y su frecuencia, encontramos las depresiones agudas, las que solo presentan un único episodio y que se asocia a algún acontecimiento negativo que ha impactado a la persona; y las depresiones crónicas, que presentan varios episodios recurrentes sin la presencia de factores de riesgo que la desencadenen (Del Barrio, 2005).

Por su carácter evolutivo, ya ha sido descrita anteriormente. Son, la depresión sensorio motriz, preescolar, escolar, y adolescente.

Por su sintomatología, podemos encontrar la depresión pura, que es similar a las depresiones descritas en el DSM-IV-TR, más asociada con las depresiones adultas; y la depresión enmascarada o mixta, que es la depresión que muchas veces se oculta, se confunde o se entremezcla con problemas distintos, algunos autores la consideran más características de las depresiones infantiles (Del Barrio, 2005).

Por su duración, podrían clasificarse en transitorias y duraderas, Nolen-Hoeksema, et al., (1992, citados en Del Barrio, 2005) señalan que, según sus estudios longitudinales, las depresiones infantiles no suelen ser transitorias (como se había dicho en un inicio para negar la existencia de la depresión infantil) pues se observa que existe una alta presencia de sintomatología depresiva a lo largo del tiempo, además de existir elevado índice de recurrencia.

#### B. Epidemiología

En estudios realizados en el Perú, en el año 2003, se ha encontrado que, en la población general, la depresión y los trastornos de ansiedad son los problemas más frecuentes de salud mental (Saavedra, s. f.). En la sierra, estudios realizados en las zonas urbanas de los departamentos de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, han encontrado que el trastorno depresivo es el más prevalente en la población adulta y adolescente con 16.2% y 5.7% respectivamente. Los adolescentes presentan una mayor tasa de indicadores suicidas, en ellos se observa que un 29,6% alguna vez en su vida ha presentado deseo suicida (Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” [IESM “HD-HN”], 2003).

En un estudio realizado por Salazar (2004) en Huancayo con 240 escolares entre 12 y 16 años, se encontró una prevalencia de depresión mayor de 12.08%, utilizándose para el diagnóstico la entrevista Clínica Estructurada para el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales, y una prevalencia de síntomas de 34.5% con el Inventario de Depresión Infantil (CDI). También se encontró una mayor prevalencia en las mujeres y en el rango de edad entre 15 a 16 años.

Siguiendo con el análisis, en un estudio epidemiológico realizado en Cajamarca por el Ministerio de Salud en el 2003, con una muestra de 463 adolescentes varones y mujeres, se encuentra que el trastorno clínico más frecuente es el episodio depresivo, con una tasa de 4.4%; por otro lado, en relación a la prevalencia de estados de ánimo, entre el 8.2 y el 19.0% de

los adolescentes manifiestan un predominio de sentimientos disfóricos relacionados con la depresión (sentimientos de pena, tristeza, tensión, angustia, irritabilidad, aburrimiento y preocupación). Respecto a la ideación suicida, en este estudio el 26.2% ha presentado deseos suicidas alguna vez en su vida, el 13.9 % en el último año y 5.8% en el último mes. Adicionalmente, el 2.2 % ha intentado suicidarse alguna vez en su vida, mientras que el 1.8% lo ha intentado en el último año, presentándose cifras más elevadas en el grupo de edades entre 15 y 17 años.

A partir de estos datos se deduce que la depresión mayor es el trastorno clínico más frecuente, dado que uno de cada 20 adolescentes reuniría los criterios clínicos para ser diagnosticado (IESM “HD-HN”, 2005). En los estudios realizados últimamente a nivel nacional no se incluyó a la población infantil; por lo que no se cuenta con datos precisos acerca de las condiciones de salud mental en los niños.

#### **1.2.1.2. Aproximación cognitiva a la depresión infantil**

Los distintos modelos que explican la depresión en adultos extendieron su uso para explicar la depresión infantil luego de su reconocimiento como entidad patológica, por esta razón no hay un modelo teórico que se haya elaborado específicamente para los niños.

Entre los diversos modelos teóricos que se han elaborado solo revisaremos el modelo teórico propuesto por Beck sobre la base del cual se desarrolló el Inventario de Depresión infantil de Kovacs.

Al interior de las teorías cognitivas, el modelo teórico de Beck se encuentra dentro de las denominadas del procesamiento de la información (Sanz y Vázquez, 1995), las cuales plantean la metáfora de que el hombre es un sistema que procesa información, en un medio que cambia continuamente y que por lo tanto le demanda capacidades adaptativas. Según los mismos autores, las teorías del procesamiento de la información plantean que el hombre es un constructor activo de la realidad ya que selecciona, codifica, almacena y recupera la información presente en el medio. De esta manera, la información sobre sí mismo y el mundo pueden experimentar transformaciones en el plano cognitivo que afectan a las respuestas emocionales y conductuales del individuo. En ese sentido, algunos procesos cognitivos tienen un papel principal en el inicio, curso y remisión de la depresión.

El modelo teórico de Beck, llamado por sus autores Modelo Cognitivo de la Depresión, fue propuesto por Beck (1967, 1976, citado en Beck, Rush, Emery y Shaw, 1983) y Beck, Rush, Emery y Shaw (1979, citados en Beck et al.). Este modelo teórico explica la depresión en adultos y propone tres elementos que la explican: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. En niños y adolescentes deprimidos, los estudios realizados sobre las distorsiones cognitivas han encontrado algunas similitudes con los adultos, lo que apoya la hipótesis de la distorsión cognitiva en la depresión infantil (Kaslow et al., 1994 citados en Figueras, 2006). En la misma línea también se ha estudiado la visión del yo que tienen estos niños y adolescentes y se ha encontrado que presentan una autoestima más baja que aquellos que no están deprimidos (Kaslow et al., citados en Figueras, 2006).

La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos, los cuales están referidos a una visión negativa acerca de sí mismo, sus expectativas y su futuro de un modo particular. Según Beck et al. (1983), los signos y síntomas de la depresión pueden explicarse como una consecuencia de estos patrones cognitivos. Con respecto a la visión negativa de sí mismo el individuo tiende a subestimarse y criticarse sobre la base de sus defectos, viéndose desgraciado, torpe, enfermo, y considera que no logrará alegría ni felicidad (Beck et al.). En referencia a la interpretación que hace de sus experiencias, el sujeto interpreta que se le presentan demandas exageradas y obstáculos insuperables que le impiden alcanzar sus objetivos (Beck et al.). La visión negativa del futuro es el tercer componente de esta triada y está referida a la anticipación de dificultades, sufrimientos y fracasos que continuarán de modo indefinido (Beck et al.).

– Los esquemas son patrones cognitivos estables que constituyen la base para que las personas interpreten de manera regular determinado conjunto de situaciones similares. Los esquemas pueden permanecer inactivos por mucho tiempo y son activados por inputs ambientales (Beck et al., 1983). Según los mismos autores, también son la base para transformar los datos de la realidad en cogniciones pues sobre ellos se localiza, diferencia y codifica el estímulo con que se enfrenta el individuo. Los tipos de esquemas empleados determinarán el modo en que el individuo estructurará sus distintas experiencias.

Según refieren Beck et al. (1983), en los estados psicopatológicos los pacientes suelen distorsionar sus conceptualizaciones de tal modo que ajustan la realidad a fuertes esquemas inadecuados. Estos esquemas se van haciendo más activos y son evocados por un número

cada vez mayor de estímulos, los cuales producen que el paciente pierda gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y se torne incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados (Beck et al.). Según estos autores, en la depresión más leve el paciente conserva la capacidad de contemplar sus pensamientos negativos con cierta objetividad; a medida que la depresión se agrava su pensamiento puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos que le predisponen a una constante distorsión de las situaciones, produciendo pensamientos negativos, repetitivos y perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos o emprender actividades mentales voluntarias.

– El estilo depresivo de pensamiento presenta una serie de errores cognitivos sistemáticos que hacen dar validez a sus concepciones a pesar de que pueda existir evidencia contraria (Beck, 1967 citado en Beck et al., 1983). Entre los errores cognitivos que citan Beck et al. se encuentran:

La inferencia arbitraria de una conclusión en ausencia de evidencia o de manera contraria a ella.

La abstracción selectiva es un error cognitivo relativo al estímulo que consiste en la selección de un elemento poco relevante de una situación para interpretar con ello la totalidad de la experiencia.

La generalización excesiva está referida a la elaboración de conclusiones o reglas a partir de hechos aislados para ser aplicados a otras situaciones que pueden estar relacionadas o no, con dichas situaciones.

La maximización o minimización, son errores que se presentan cuando la persona evalúa la magnitud o significación de un acontecimiento, incrementando o disminuyendo su significación.

La personalización, consiste en la atribución que se hace la persona a sí misma de fenómenos externos, sin una base firme u objetiva para hacer tal conexión.

El pensamiento absolutista y dicotómico, es un error relativo a la clasificación de las experiencias en función a una o dos categorías opuestas, como por ejemplo: bueno o malo,

santo o pecador, etc. El paciente suele tomar los extremos negativos para describirse a sí mismo.

Beck et al. (1983) señalan que el depresivo tiende a organizar la realidad sobre la base de un tipo de pensamiento inmaduro o primitivo. Este pensamiento posee características como el de ser extremo, negativo, absolutista, invariable, etc., a diferencia del pensamiento maduro que suele ser relativo, multidimensional, variable, etc. Las características que posee el pensamiento inmaduro puede originar respuestas emocionales que tienden a ser negativas y extremas.

Por último, este modelo señala que los eventos negativos producidos en edades tempranas forman un estilo de pensamiento con esquemas cognitivos inadecuados acerca de uno mismo, el mundo y el futuro. Estos esquemas se mantienen latentes en la persona y se activan cuando surge algún acontecimiento análogo a la experiencia que les dio origen.

### **1.2.1.3. Factores asociados a la depresión infantil**

A continuación, se presentan los factores que predisponen a los niños y adolescentes a padecer de algún trastorno depresivo. Estos se pueden clasificar, según su origen, en endógenos y exógenos.

Los factores endógenos o personales se refieren a la vulnerabilidad presente de forma a priori en los sujetos que desarrollarán una depresión y que de alguna manera predisponen sus conductas (Del Barrio, 2005). Dentro de éstos tenemos los aspectos biológicos y psicológicos.

Aspectos biológicos. Entre estos podemos mencionar los factores genéticos, el género, las hormonas, los neurotransmisores, la anatomía del cerebro y el sueño.

Dentro de los factores genéticos, refieren que la depresión de los padres y la historia familiar de depresión es uno de los principales factores de riesgo. Estudios recientes, como el de Weissman, et al. (2005) citado por Del Barrio (2005) confirman esta relación, encontrando altos índices de psicopatología entre nietos e hijos de personas con trastorno depresivo mayor.

De otro lado, el estudio de Silberg y Bulik (2005) citado por Del Barrio (2005), realizado con mujeres gemelas entre 8 y 17 años de edad, concluye que existe fuerte

influencia de factores genéticos comunes sobre la aparición de los síntomas del trastorno depresivo y de otros trastornos. Otros estudios hechos con gemelos monocigóticos muestran tasas de concordancia mayores que en los dicigóticos y los hermanos no gemelos (Eaves et al., 1997, citados en Del Barrio 2005). Estos resultados vinculan el componente genético con la depresión infantil; sin embargo, según (Waslick et al. Citados en Del Barrio 2005), los estudios aún no son concluyentes.

Entre los factores relacionados a los neurotransmisores, existen hallazgos en estudios que relacionan la alteración de la función serotoninérgica con la depresión infantil, como la investigación realizada por (Ghaziuddin et al. 2000 citado en Del Barrio 2005) quienes encuentran una alteración de la serotonina, elevado nivel de prolactina y cortisol en los adolescentes con depresión mayor, en comparación con el grupo control.

En función de los factores relacionados con la anatomía del cerebro, algunos estudios relacionan un volumen más pequeño del lóbulo frontal y ciertas alteraciones con la función monoaminérgica en regiones determinadas del cerebro de los adolescentes con depresión en comparación de los sanos (Steingard et al., 1996, 2000 citados en Del Barrio 2005). Rosso, Cintron, Steingard, Renshaw, Young y Younger-Todd (2005) encuentran en una muestra de niños y adolescentes en los estadios iniciales del curso de la depresión, una reducción de la amígdala derecha e izquierda comparada con personas saludables.

Respecto a los factores relacionados con el sueño, Dahl (1998, citado por Del Barrio 2005) refiere que la insuficiencia del sueño puede conducir tanto a alteraciones del estado de ánimo y del rendimiento ejecutivo. En la misma línea, Emslie et al., (2001, citados en Del Barrio 2005) refieren que la alteración del sueño está relacionada con la recurrencia de la depresión después de la recuperación. Otros estudios encuentran asociaciones con ciertas alteraciones del ritmo de la fisiología del sueño y la depresión; por ejemplo, Liu, Buysse, Gentzler, Kiss, Mayer, y Kapornai (2007) encuentran relación significativa entre los disturbios del sueño (insomnio e hipersonmnia) y la severidad de los síntomas depresivos presentes en los niños y adolescentes deprimidos.

Con respecto a los factores de género, encontramos que numerosas investigaciones hacen referencia a que el sexo femenino es un factor de riesgo para la presencia de la depresión en adolescentes, (Papadakis, Prince, Jones y Strauman 2006). En población

latinoamericana, Gomez-Maquet (2007) encuentra en una muestra de 1096 adolescentes entre 12 y 16 años procedentes de Colombia que las adolescentes presentan un mayor nivel de sintomatología depresiva que los adolescentes varones. Bailey, Zauszniewski, Heinzer y Hermstrom-Krainess (2007), refieren que hay muchas investigaciones que confirman que las adolescentes reportan entre tres y cuatro veces más síntomas que los adolescentes varones; estos autores investigan la relación del género, con la sintomatología depresiva, utilizando el Inventario de Depresión Infantil (CDI) con una muestra de 122 púberes entre 10 y 12 años procedentes de Estados Unidos, concluyendo que a pesar de que existen similitudes en el resultado total de la puntuación de la escala depresiva, hay distinciones de género en cuanto a la expresión de los síntomas depresivos, por ejemplo en la escala de ineficacia (referida a las dificultades escolares) los niños presentan una tendencia superior por encima del promedio de las niñas; sin embargo, también se observa que las niñas presentan una mayor puntuación en las escalas de anhedonia y autoestima negativa.

Angold et al. (1999, citados en Waslick, Kandel y Kakourous, 2003) refieren que la mayor incidencia de trastornos depresivos en las mujeres, iniciada la pubertad, puede ser un indicador de que las hormonas sexuales están asociadas a los cuadros depresivos. Sin embargo, hay otros autores que contradicen esta posición dada la gran variedad de características psicosociales que también divergen en esta edad en los púberes de ambos sexos (Waslick et al.). Existen estudios hechos con otros factores neuroendocrinos, como el cortisol, la hormona tiroidea y la hormona melatonina (Waslick et al.; Del Barrio, 2005), como por ejemplo la investigación de Dahl, Birmaher, Williamson, Dorno, Perel, Kaufman (2000) quienes encuentran una baja respuesta a la hormona liberadora de la hormona del crecimiento en la población de niños deprimidos. Tennes y Carter, (1973, citado en Del Barrio 2005) señalan que las investigaciones presentan aún resultados contradictorios y critican la falta de especificidad de éstas, pues los mismos resultados pueden ser encontrados en otros trastornos, por lo que aún se tiene que seguir investigando.

Aspectos psicológicos. Dentro de estos, encontramos los factores psicológicos relacionados con el temperamento, la personalidad, los aspectos cognitivos y otros trastornos psicológicos.

Entre los factores relacionados con el temperamento y la personalidad (tomando en cuenta que aún está en discusión la existencia de personalidad en niños y adolescentes); (Goodyer, Ashby, Altham y Vize 1993 citados en Del Barrio, 2005), encuentran que en una población de 193 adolescentes ingleses entre 11 y 16 años, existe relación entre la depresión y el temperamento llamado emocionalidad negativa, especialmente en mujeres.

En la población infantil, se ha encontrado correlación con introversión e inestabilidad emocional (Fisher, 1993 citado en Del Barrio, 2005), también se ha encontrado relación con Neuroticismo (John et al., 1994 citados en Del Barrio 2005). Sin embargo, Waslick et al. (2003) afirma que no existen pruebas concluyentes que demuestren que las características temperamentales estén asociadas con el desarrollo de la depresión en niños.

Existen factores cognitivos que aparecen relacionados con la depresión infantil. En la investigación se ha relacionado aspectos tales como los estilos atribucionales negativos, la visión pesimista (de sí mismo, del mundo o del futuro), la baja autoeficacia y el locus de control con la depresión infantil (Del Barrio, 2005; Waslick et al., 2003). En población latinoamericana, Rosselló y Berríos (2004) encuentran una relación significativa entre la depresión, la ideación suicida y la baja autoestima; Gomez-Maquet (2007) encuentra que existe relación entre la sintomatología depresiva, el predominio de afectos negativos sobre los positivos y los pensamientos automáticos negativos tales como los pensamientos con alto contenido catastrófico, absolutista, no acertado, autoderrotista e irrealista.

Del Barrio (2005) refiere la existencia de correlaciones importantes de la depresión infantil con otro tipo de trastornos psicológicos, siendo el más habitual la ansiedad. Kashani et al. (1987, citados en Del Barrio, 2005) refiere que la depresión infantil está relacionada con un 75% de casos de ansiedad, 50 % de trastornos de oposición, 33 % de trastornos de conducta, 25% de consumo de alcohol y 25% de consumo de drogas.

Los factores exógenos o ambientales son los diferentes sistemas en los que está inmerso el sujeto y que explican su conducta tanto adaptada como desadaptada en función a los acontecimientos que sucedan en estos sistemas y a la influencia que puedan tener (Del Barrio, 2005), estos son la escuela, la familia y los acontecimientos vitales.

Acontecimientos vitales. Tanto los acontecimientos aislados y graves, así como la acumulación de pequeñas contrariedades puede estar relacionado con la aparición de la depresión, tanto en adultos como en niños, y su repercusión estará relacionada con el soporte social presente y el tipo de personalidad que posea el niño.

El carácter evolutivo tiene un papel importante en la influencia que tienen los diferentes acontecimientos; así, los niños de 0 a 6 años, se verán afectados por los acontecimientos ocurridos en el núcleo familiar (pérdida de los padres o de algún familiar muy cercano, maltrato, etc.); los niños entre 7 y 12 años, también son sensibles a los acontecimientos relacionados con la escuela (rendimiento, interacción y competencia con los compañeros, pertenencia al grupo, etc.); y los adolescentes se mostrarán más vulnerables ante las transformaciones de su cuerpo y persona, las relaciones de pareja, el rol social, etc. (Del Barrio, 2005).

Según Monroe et al. (1999, citados en Waslick et al. 2003) las pérdidas como la muerte de un ser querido o el rompimiento de una relación de pareja están asociados al inicio de depresión mayor; así también, la muerte por suicidio de un familiar o amigo cercano puede aumentar la ideación suicida, 6 meses después de ocurrido (Cerel et al., 1999 citados en Waslick et al., 2003). En población latinoamericana Rosselló y Berríos (2004) encuentran que los adolescentes que reportaron niveles altos de ideación suicida, también reportaron altos niveles de depresión, bajos niveles de autoestima y la presencia de más eventos negativos de vida.

Otro factor que está muy relacionado con la depresión, es el abuso físico y sexual en la infancia, el cual también puede producir diversos tipos de alteraciones (Del Barrio, 2005; Waslick et al., 2003), dado que el abuso es fuente de estilos de atribución negativa e induce a un estado de desesperanza aprendida (Waslick et al., 2003).

Familia. El clima familiar es otro de los factores que influye en la presencia de la depresión infantil. Las relaciones negativas entre padres e hijos, en algunos casos, tienden a hacerse más frecuentes en la medida en que los hijos crecen, y, especialmente en la adolescencia, están relacionadas con los desencadenantes y el curso de la depresión infantil (Del Barrio, 2005).

Entre las causas de las relaciones negativas entre padres e hijos encontramos la falta de control que tienen algunos padres sobre sus sentimientos negativos, los cuales a veces son dirigidos hacia sus hijos provocando peleas y riñas (Poznanski y Zrull, 1970 citados en Del Barrio, 2005); las actitudes coercitivas que pueden limitar la autonomía de los hijos, provocando sentimientos de ineficacia (Bandura et al., 1996 citados en Del Barrio, 2005); la falta de atención de los padres hacia sus hijos (Bifulco et al. 1987), que suele provocar sentimientos de soledad y abandono; las excesivas expectativas que pueden tener los padres hacia sus hijos, lo cual puede originar que ellos se comparen, menoscabando su autoestima (Stark, 1990 citado en Del Barrio); y, por último, otro factor de riesgo en este contexto es la inestabilidad emocional de los padres, siendo el problema de la depresión parental uno de los factores de riesgo más potente en la aparición de este trastorno en los niños; además del divorcio y la mala relación entre los cónyuges (Del Barrio, 2005).

Escuela. La escuela es un ámbito de gran importancia, en el cual el niño pasará gran parte de su tiempo, y donde la competencia intelectual y social pueden ser factores que predispongan a los niños y adolescentes a la depresión (Del Barrio, 2005). Entre los factores presentes en la escuela, encontramos el rendimiento académico y el círculo de amistades.

De todo esto, podemos observar que existen diferentes factores que pueden aumentar la vulnerabilidad hacia la depresión en niños y adolescentes.

#### **1.2.1.4. Inventario de depresión infantil (CDI) de KOVAC**

Este inventario, es el instrumento más utilizado y aceptado por los diversos expertos en el tema de la depresión infantil (Cuevas y Teva, 2006; Waslick et al. 2003). Tiene por objetivo evaluar la sintomatología depresiva, se usa en la evaluación, investigación y el rastreo de casos (screening). El CDI, al ser el primer instrumento publicado para evaluar la depresión infantil, ha sido extensamente utilizado y se ha convertido en un instrumento básico. Su aplicación en diferentes contextos permite la comparación de los datos obtenidos en muestras de diversos países y continentes (Kovacs 2004). Asimismo, ha demostrado ser válido y confiable en muchos de los ámbitos donde se han comprobado sus cualidades psicoéctricas (Doefler, et al., 1988 y Crowley et al., 1992, citados en Reátegui, 1994).

### **1.2.2. Rendimiento Académico**

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, módulo o área 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” (Vega García, 2008:9). Para efectos investigativos se empleó una lista de cotejo, que sirvió para contrastar los resultados obtenidos por los estudiantes en el área de comunicación.

La Evaluación Pedagógica, a través de su valoración por criterios, presenta una imagen del rendimiento académico que puede entenderse como un nivel de dominio o desempeño que se evidencia en ciertas tareas que el estudiante es capaz de realizar (y que se consideran buenos indicadores de la existencia de procesos u operaciones intelectuales cuyo logro se evalúa). Pedagogía Conceptual propone como categorías para identificar los niveles de dominio las siguientes: nivel elemental (contextualización), básico (comprensión) y avanzado (dominio).

Para los efectos de esta investigación se tienen en cuenta tres niveles, correspondientes a los criterios empleados en la Institución donde se llevó a cabo el estudio, la Institución Educativa “Juan Manuel Iturregui”- Lambayeque: Alto, medio y bajo.

Independientemente de las categorías empleadas para medir el rendimiento académico, vale decir que el mismo puede ser de tres tipos, dependiendo del tipo de aprendizaje que se evalúe: conocimientos, habilidades y actitudes.

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

Por otro lado, pero en relación con lo anterior, un alumno puede fracasar en la escuela por a) Desinterés con todo lo relacionado con la escolaridad, b) Pasividad escolar, cuando se

realizan las tareas sólo con estímulo constante, y c) 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 (Díaz et al 2005).

### **1.2.2.1. Definición del rendimiento académico**

Como ya sabemos, la educación escolarizada es un hecho intencionado y, en términos de calidad de la educación, todo proceso educativo busca permanentemente mejorar el aprovechamiento del alumno. El rendimiento académico, también denominado rendimiento escolar; son definidos de la siguiente manera: Es el resultado alcanzado por parte de los alumnos, que se manifiesta en la expresión de sus capacidades cognoscitivas, que se adquieren en el proceso de enseñanza – aprendizaje y que, habitualmente, se expresa a través de las calificaciones escolares.

El rendimiento académico no solo depende del nivel intelectual que posee el alumno; sino, que va estar condicionado además por otros factores que se presentan entorno al alumno o en sí mismo. Sobre este aspecto hemos encontrado que: El rendimiento académico del alumno depende de su situación material y social de existencia. (Chiroque, 2004)

### **1.2.2.2. Factores del rendimiento académico**

El rendimiento académico está condicionado por factores como los que menciona Gómez (1980):

- ✓ **Factor Educativo:** Para disminuir los resultados de algunas malas intervenciones sobre el rendimiento académico, es necesario solicitar los beneficios de otras personas, aunque a veces bastara una estructura adecuada y los ajustes de la instrucción para aventajar las diferencias individuales. La orientación es muy importante dentro de la educación porque analiza las aptitudes y de esta manera hace posible su rendimiento académico. Para que esta orientación sea eficaz no solo debe estar a cargo de los educadores; sino también, de los padres de familia y de algunos profesionales como los médicos. En la orientación escolar, profesional y familiar se debe tener en cuenta el proceso completo de la educación de los alumnos.

- ✓ **Factor Emocional:** Los factores emocionales favorables incluyen el interés y la disposición adecuada para el aprovechamiento positivo del alumno, confianza en sí mismo, voluntad de realizar el esfuerzo necesario para aprender, la altivez de sus triunfos, costumbres metódicas de trabajo.
- ✓ **Factor Físico:** El crecimiento de acuerdo a la edad es variado, notándose más este cambio a los 12 años, en que este se acelera bruscamente, hasta los 15 años en que se vuelve a ser lento, es necesario que el alumno goce de buena salud, para poder a ser frente a la fatiga de la enseñanza, ya que con una salud pobre le será imposible cumplir con sus obligaciones, aburriéndose fácilmente al escuchar al profesor.
- ✓ **Factor Intelectual:** Es mencionado por Efraín Sánchez quien nos dice: se considera tres aspectos fundamentales de la inteligencia. La capacidad para aceptar y sostener una actitud mental o atención, para adaptación pronta y apropiada y al poder de autocrítica para juzgar la exactitud de lo que se dice o hace.(Zambrano, 1980)

### 1.2.2.3. Evaluación del rendimiento académico

Según Coronas (1969):

El rendimiento académico necesita ser evaluado por lo que Lorenzo Luzuriaga nos dice: La evaluación del rendimiento guarda relación con el crecimiento y la actividad que realiza el alumno, y estos deben tenerse en cuenta para la elaboración de un programa de educación.

Dicho programa debe estar orientado con los intereses, necesidades y habilidades del educando, además en las formas o métodos de adquisición de conocimientos y en estudio de factores determinantes del alumno

Dicha evaluación tiene como objetivo examinar en el alumno, su desempeño en el proceso de formación; asimismo determinar si el estudiante está preparado para enfrentar las nuevas etapas de su formación.

De todo esto concluimos, que son diversos los factores que intervienen en el rendimiento académico del alumno, por lo que se debe crear las condiciones favorables para que el rendimiento de éste sea eficaz, al mismo tiempo debemos tener en cuenta que requiere ser evaluado para dar una apropiada medición del grado de capacidad del estudiante.

### **1.2.3. Relación entre depresión infantil y rendimiento académico**

Desde que se han iniciado los estudios en torno a la depresión infantil, el fracaso y/o el rendimiento escolar han sido variables frecuentemente relacionadas con dicho trastorno (Cabrera y Jiménez, 2011, p.2).

Desde los distintos enfoques conceptuales se contempla el rendimiento académico como un elemento constante en el cuadro depresivo infantil: todas las categorías diagnósticas y los instrumentos de evaluación que se conocen lo incluyen como una dimensión constante a tener en cuenta en el diagnóstico; al amparo de la concepción de la depresión infantil «enmascarada», se consideraba al fracaso escolar como el síntoma más representativo tras el cual el niño/a ocultaba su depresión (Toolan, 1962 citado en Cabrera y Jiménez, 2011, p.2 ); desde concepciones más cognitivas se alude a problemas de concentración y enlentecimiento del pensamiento como síntomas relacionados a la aparición del síndrome.

Por otro lado, en casi todas las investigaciones que se ha tratado de estudiar la relación entre síntomas depresivos y rendimiento académico se han encontrado relaciones significativas entre ambas variables (Nissen, 1989; Frias, Mestre, Del Barrio y García, 1990; Polaino-Lorente y García Villamisar, 1993).

Estas alusiones, sin embargo, resultan aún muy débiles por la escasez de estudios específicos realizados en torno al esclarecimiento del binomio rendimiento escolar y depresión infantil, y por la diversidad de argumentos respecto a si el fracaso o bajo rendimiento escolar constituye el origen de la depresión, o si, por el contrario, es una consecuencia o manifestación de ésta.

## CAPÍTULO II

### MARCO METODOLÓGICO

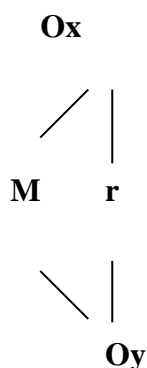
#### 2.1. Tipo y Diseño de la investigación

El estudio es de tipo descriptivo en su nivel correlacional, por cuanto estuvo orientado a analizar la depresión infantil para determinar su relación con la variable rendimiento académico. Parafraseando a Carrasco (2005), las investigaciones de clase correlacional tienen la particularidad de permitir al investigador analizar y estudiar la relación de hechos y fenómenos de la realidad, para conocer su nivel de influencia o ausencia de ellas, buscan determinar el grado de relación entre las variables que se estudia.

El método asume un proceso planificado a los objetivos específicos de nuestra investigación. Se describe a continuación: En primer lugar, se procedió a realizar el estudio facto-perceptible de la investigación, llegando a conocer algunas situaciones problemáticas inherentes a las variables de estudio. Posteriormente se aplicó un Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI). Acto seguido, se aplicó una lista de cotejo, cuya finalidad fue identificar el nivel de rendimiento académico. Finalmente se procedió a correlacionar las variables antes mencionadas.

Es pertinente, en toda investigación, exponer diversos métodos, técnicas, procedimientos e instrumentos atendiendo al objeto de estudio. En coherencia a esta apreciación, estipula Vargas (2008) “El método, es el camino de toda investigación científica; es el sistema de procedimientos, la forma de estructuración de la actividad para transformar el objeto de estudio, para resolver el problema, para lograr el objetivo”.

El diagrama que corresponde al diseño empleado es el siguiente:



En donde:

M = Estudiantes del Quinto Grado de Educación Primaria de la I.E. “Juan Manuel Iturregui”

O<sub>x</sub> = Depresión

O<sub>y</sub> = Rendimiento académico

R = Relación posible entre “x”, “y”

El diseño elegido, según Baptista, Fernández y Hernández (2010) el investigador determina el grado de relación existente entre dos o más variables de interés en una muestra de sujeto. Al respecto dichos autores señalan que el coeficiente de correlación adquiere valores que van desde -1 hasta +1, teniendo el valor 0 (cero) como intermedio.

## 2.2. Población y muestra de estudio

### A. Población

La población estuvo constituida por todos los estudiantes del Quinto Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa “Juan Manuel Iturregui”, ubicada en la ciudad de Lamabayeque. El número total de estudiantes fueron 250, constituido por varones y mujeres, cuyas edades estuvieron comprendidas entre 10 y 11 años.

**Tabla 1**

Número de estudiantes de quinto de primaria de la Institución Educativa “Juan Manuel Iturregui”

<b>SEXO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Masculino	130	52%
Femenino	120	48%
<b>TOTAL</b>	<b>250</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Nómina de Matrícula, 2013.

### B. Muestra

Teniendo en cuenta la naturaleza de la población, la muestra han sido los estudiantes de las secciones “A” y “B”. Por lo tanto, la muestra estuvo conformada por 60 estudiantes. El muestreo corresponde al no probabilístico por conveniencia ya que se decidió en la selección de los elementos que han integrado la muestra

**Tabla 2**

*Distribución de la muestra de estudiantes del Quinto grado de Educación Primaria de la I.E. "Juan Manuel Iturregui" - Lambayeque*

<b>SEXO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Masculino	40	67%
Femenino	20	33%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Nómina de matrícula – 2013

### **2.3. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos**

En coherencia con el método de investigación seleccionado, se empleó las técnicas de evaluación y observación, las mismas que se materializan en los siguientes instrumentos.

a. Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI)

Este inventario permitió obtener información acerca de los niveles de depresión que presenten los estudiantes en dicha institución educativa (véase anexo N° 1).

b. Lista de cotejo

Sirvió para registrar los calificativos de cada estudiante estipulados en los registros de evaluación (III bimestre) empleados por los docentes. Para concretar esta tarea se priorizó los resultados del área comunicación, consignando los siguientes niveles.

En el Nivel 2 se ubican los estudiantes que, al finalizar el bimestre, lograron los aprendizajes esperados. Estos estudiantes responden la mayoría de criterios de evaluación considerados en las evaluaciones. Puntaje: 15-20

En el Nivel 1 se ubican los estudiantes que, al finalizar el bimestre, no lograron los aprendizajes esperados. Todavía están en proceso de lograrlo. Solamente responden los criterios más fáciles considerados en las evaluaciones. Puntaje: 11-14

Debajo del Nivel 1 se ubican los estudiantes que, al finalizar el bimestre, no lograron los aprendizajes esperados. A diferencia del Nivel 1, estos estudiantes, tienen dificultades hasta para responder los criterios más fáciles de las evaluaciones. Puntaje: 00-10

## **2.4. Plan de procesamiento y análisis de datos**

El procesamiento estadístico de los datos empíricos que se recogieron durante la investigación fue procesado, considerando instrumentos de la estadística descriptiva.

Los resultados se presentan en cuadros, tablas y gráficos debidamente analizados e interpretados, que sirvieron de base para la discusión respectiva y, por ende, para elaborar las conclusiones generales del trabajo.

De manera específica el tratamiento estadístico de la información de ambos instrumentos, se realizó siguiendo el proceso siguiente:

- **Seriación:**

Para dar inicio al procesamiento de datos, fue necesario ordenar los instrumentos aplicados en un solo sistema de seriación para facilitar la identificación.

- **Codificación:**

Siguiendo con el procesamiento de datos se dio inicio a la codificación para lo cual aplicamos hojas de codificación, teniendo en cuenta las respuestas para codificarlas en números.

- **Tabulación:**

Para el inicio de la tabulación se registró la respuesta de las hojas de codificación en una matriz, la cual permitirá elaborar cuadros estadísticos correspondientes a los resultados.

Una vez elaborado los cuadros estadísticos se procedió a analizar la hipótesis para tener una visión integral de lo que se pretendió lograr con este estudio. Por consiguiente, se contrastó la hipótesis con las variables y objetivos, y así demostrar la validez de estas. Al final se formularon las conclusiones y sugerencias con miras a mejorar la problemática investigada.

## 2.5. Matriz de consistencia

**Tabla 3**

TÍTULO	VARIABLE	PROBLEMA	OBJETO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METODOLOGÍA
RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN INFANTIL Y EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN LOS ESTUDIANTES DE QUINTO GRADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "JUAN MANUEL ITURREGUI"- LAMBAYEQUE	Relación entre la depresión infantil y el rendimiento académico	¿Cuál es la relación existente entre depresión infantil y rendimiento académico?	Depresión infantil y rendimiento académico	Determinar la relación que existe entre la depresión infantil y el rendimiento académico en los estudiantes del Quinto Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa "Juan Manuel Iturregui"- Lambayeque	<p>Identificar el nivel de depresión infantil en los estudiantes del Quinto Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa "Juan Manuel Iturregui"- Lambayeque</p> <p>Identificar el nivel de rendimiento académico en los estudiantes del Quinto Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa "Juan Manuel Iturregui"- Lambayeque</p> <p>Sustentar teóricamente las variables de estudio, tanto dependiente como independiente</p>	descriptivo en su nivel correlacional

## 2.6. Consideraciones Éticas:

La presente investigación tomó en cuenta los principios éticos que debe seguir toda investigación en la que se involucre la participación de personas. De acuerdo con Hernández, Fernández & Baptista (2010) una investigación científica se debe conducir: Éticamente, de manera legal y con respeto a los derechos humanos de los participantes y los usuarios o lectores. Creemos también que el investigador debe proceder con honestidad, al procurar compartir sus conocimientos y resultados, así como buscar siempre la verdad. (p.2)

Por consiguiente, se trabajó con niños, es por eso que no se pudo violentar su privacidad sin su consentimiento y menos aún hacer cosas que degradan su dignidad como personas, es por eso que se aplicó una carta de consentimiento que se dirigió a los padres de la comunidad educativa para que tuvieran conocimiento del trabajo a investigación a realizar.

## CAPÍTULO III

### RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Para la confección de tablas y/o gráficos que se muestran en este apartado, se tuvo en cuenta los resultados obtenidos mediante el **Inventario de Depresión de Kovacs (CDI)** y la **lista de cotejo**, en los estudiantes del Quinto Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa “Juan Manuel Iturregui”- Lambayeque, siendo dichos instrumentos la base principal para establecer el grado de correlación entre las variables, depresión y rendimiento académico. Para una mejor comprensión, se detalla a continuación:

#### 3.1. Nivel de depresión en los estudiantes del Quinto Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa “Juan Manuel Iturregui”- Lambayeque.

**Tabla 4**

*Nivel de Melancolía*

Ítems	Nº	%
Rara vez me siento triste	30	50
Muchas veces me siento triste	10	16,7
Siempre me siento triste	20	33,3
Total	60	100

**Fuente:** Inventario aplicado a los estudiantes de 5to grado de Educación Primaria de la I.E. Juan Manuel Iturregui Lambayeque

Se observa en la tabla que el 50% de los estudiantes rara vez se sienten tristes, mientras que 16,7% muchas veces se sienten tristes. Estos resultados demuestran que la mitad de los estudiantes en estudio sienten melancolía. Sentirse triste a diario o interdiario estamos frente a un indicador de depresión, el cual es preocupante porque afecta la salud emocional.

**Tabla 5**

*Nivel de Grado de optimismo*

Ítems	Nº	%
Nada me va a salir bien	35	58,3
No estoy seguro si las cosas me van a salir bien	15	25
Las cosas me van a salir bien	10	16,7
Total	60	100

**Fuente:** Inventario aplicado a los estudiantes de 5to grado de Educación Primaria de la I.E. Juan Manuel Iturregui Lambayeque

Se visualiza en la tabla que el 58,3% de los estudiantes creen que nada les va a salir bien, y el 25% que no están seguros si las cosas les van a salir bien. Estos resultados son preocupantes, puesto que demuestran que hay un alto porcentaje de estudiantes que son pesimistas y es necesario mejorar tal situación.

**Tabla 6**

*Nivel de voluntad para hacer las cosas*

Ítems	Nº	%
Hago la mayoría de las cosas bien	36	60
Hago mal muchas cosas	14	23,3
Todo lo hago mal	10	16,7
Total	60	100

**Fuente:** Inventario aplicado a los estudiantes de 5to grado de Educación Primaria de la I.E. Juan Manuel Iturregui Lambayeque

Se evidencia en la tabla que el 60% de los estudiantes, consideran la mayoría de cosas las hacen bien, mientras que el 23,3% consideran que muchas de las cosas las hacen mal. Resultados que demuestran la necesidad de incrementar el porcentaje de estudiantes con mejor percepción de lo que hacen y enseñarles a que valoren más su esfuerzo.

**Tabla 7**

*Nivel de diversión en diferentes ámbitos sociales*

Ítems	Nº	%
Muchas cosas me divierten	25	41,7
Me divierten algunas cosas	20	33,3
Nada me divierte	15	25
Total	60	100

**Fuente:** Inventario aplicado a los estudiantes de 5to grado de Educación Primaria de la I.E. Juan Manuel Iturregui Lambayeque

Se observa en la tabla que el 33,3% de los estudiantes se divierten con algunas cosas, mientras que el 25% nada los divierte. Estos resultados son preocupantes porque indican que hay un significativo porcentaje de estudiantes que se sienten tristes y la diversión en los niños es un rasgo característico que refleja encontrarse bien emocionalmente.

**Tabla 8***Nivel de muestras de bondad*

Ítems	Nº	%
Soy malo todo el tiempo	23	38,3
Soy malo muchas veces	22	36,7
Rara vez soy malo	15	25
Total	60	100

**Fuente:** Inventario aplicado a los estudiantes de 5to grado de Educación Primaria de la I.E. Juan Manuel Iturregui Lambayeque

Se visualiza en la tabla que el 38,3% de los estudiantes se consideran malos todo el tiempo, y el 36,7% creen que muchas veces son malos. Estos resultados son preocupantes porque demuestran que un alto porcentaje de estudiantes se consideran malos o que muchas veces lo son, esta percepción pesimista de sí mismo puede llevarlos a la tristeza, apatía y con sentimientos de culpa.

**Tabla 9***Nivel de grado de confianza para hacer las cosas*

Ítems	Nº	%
Rara vez pienso que me van a pasar cosas malas	32	53,3
Me preocupa que puedan pasarme cosas malas	18	30
Estoy seguro que me pasarán cosas terribles	10	17
Total	60	100

**Fuente:** Inventario aplicado a los estudiantes de 5to grado de Educación Primaria de la I.E. Juan Manuel Iturregui Lambayeque

Se evidencia en la tabla que el 53,3% de los estudiantes rara vez piensan que les puede pasar cosas malas, mientras que el 30% señalaron que les preocupa que puedan pasarles cosas malas. Es necesario mejorar el grado de confianza de los estudiantes para hacer las cosas porque la desconfianza de lo que hacen o ideas pesimistas los hace personas más inseguras.

**Tabla 10***Nivel de afecto personal*

Ítems	Nº	%
Me odio a mí mismo	30	50
No me gusto a mí mismo	15	25
Me gusto a mí mismo	15	25
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario aplicado a los estudiantes de 5to grado de Educación Primaria de la I.E. Juan Manuel Iturregui Lambayeque

Se visualiza en la tabla que el 50% de los estudiantes se odian a sí mismo, y el 25% no se gustan a sí mismo. Estos resultados son preocupantes por tener un alto porcentaje de estudiantes que no sienten afecto hacia su persona, el cual es perjudicial porque genera sentimientos de insatisfacción personal, enojo, frustración.

**Tabla 11**

Nivel de grado de culpabilidad frente a las cosas

Ítems	Nº	%
Tengo la culpa de todas las cosas malas	28	46,7
Tengo la culpa de muchas cosas malas	14	23,3
Generalmente no tengo la culpa de las cosas malas	18	30
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario aplicado a los estudiantes de 5to grado de Educación Primaria de la I.E. Juan Manuel Iturregui Lambayeque

Se observa en la tabla que el 46,7% de los estudiantes creen tener la culpa de todas las cosas malas, y el 23,3% consideran que muchas veces la tienen. Estos resultados demuestran que hay un alto porcentaje de estudiantes que se sienten culpables de las cosas malas que ocurren, estas creencias autodespreciativas van llevando al niño a formar un concepto negativo de sí mismo.

**Tabla 12***Nivel de respeto por la vida*

<b>Ítems</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
No pienso en matarme	25	41,7
Pienso en matarme pero no lo haría	18	30
Quiero matarme	17	28,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario aplicado a los estudiantes de 5to grado de Educación Primaria de la I.E. Juan Manuel Iturregui Lambayeque

Se observa en la tabla que el 30% de los estudiantes piensan en matarse, pero no lo harían, y 28,3% quieren matarse. Estos resultados son alarmantes puesto que se evidencia un alto porcentaje de niños que tienen la idea de quitarse la vida, influenciados por sus ideas auto despreciativas y llevados por sentimientos de inutilidad, incapacidad, culpabilidad, el cual refleja una gran necesidad de trabajar la dimensión afectiva de los estudiantes.

**Tabla 13***Nivel de desconsuelo*

<b>Ítems</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Siento ganas de llorar todos los días	20	33,3
Muchos días me dan ganas de llorar	20	33,3
Rara vez siento ganas de llorar	20	33,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario aplicado a los estudiantes de 5to grado de Educación Primaria de la I.E. Juan Manuel Iturregui Lambayeque

Se evidencia en la tabla que el 33,3% de los estudiantes sienten ganas de llorar todos los días, y el 33,3% consideran que sienten ganas de llorar muchos días. El llanto excesivo o el sentir ganas de llorar por cualquier situación es una característica de la depresión, propio de estudiantes con estados de ánimo disfórico, es decir niños melancólicos, con hipersensibilidad, y los resultados indican que hay un alto porcentaje de estudiantes que sienten ganas de llorar.

**Tabla 14***Malestar frente a las cosas*

Ítems	Nº	%
Las cosas me molestan todo el tiempo	15	25
Las cosas me molestan muchas veces	30	50
Rara vez algo me molesta	15	25
Total	60	100

**Fuente:** Inventario aplicado a los estudiantes de 5to grado de Educación Primaria de la I.E. Juan Manuel Iturregui Lambayeque

Se visualiza en la tabla que el 25% de los estudiantes indican que las cosas les molestan todo el tiempo, y el 50% refieren que las cosas les molestan muchas veces. Estos resultados demuestran que hay un alto porcentaje de estudiantes con malestar frente a las cosas que les pasan o realizan. Un síntoma de la depresión es la irritabilidad, pues todo les molesta, todo les fastidia porque no se sienten bien consigo mismo.

**Tabla 15**

## Nivel de amistad

Ítems	Nº	%
Me gusta estar con otras personas	20	33,3
Muchas veces no me gusta estar con otras personas	25	41,7
Yo no quiero estar con otras personas	15	25
Total	60	100

**Fuente:** Inventario aplicado a los estudiantes de 5to grado de Educación Primaria de la I.E. Juan Manuel Iturregui Lambayeque

Se observa en la tabla que el 41,7% de los estudiantes, muchas veces no les gusta estar con otras personas, y el 25% no quieren estar con otras personas. La inhibición social es parte de los síntomas de niños que tienen algún grado de depresión, y con mucha frecuencia manifiestan el deseo de estar solos o se irritan con facilidad cuando están con otras personas o con su mismo grupo de pares. Por consiguiente, es necesario mejorar la destreza social.

**Tabla 16***Nivel de toma de decisiones*

Ítems	Nº	%
No puedo decidirme por algo	15	25
Es difícil para mí decidirme por algo	25	41,7
Me decido fácilmente por algo	20	33,3
Total	60	100

**Fuente:** Inventario aplicado a los estudiantes de 5to grado de Educación Primaria de la I.E. Juan Manuel Iturregui Lambayeque

Se evidencia en la tabla que el 25% de los estudiantes no pueden decidirse por algo, y el 41,7% señala que es difícil para ellos decidirse por algo. La inseguridad en la toma de decisiones es el reflejo de su falta de confianza en sí mismo, puesto que tienen cierto miedo para elegir mal, para equivocarse, por lo que es necesario revertir esta situación para que los estudiantes no sientan dudas al momento de elegir o tomar decisiones ya que es parte de la vida cotidiana, pues siempre estamos tomando decisiones.

**Tabla 17***Nivel de Autoimagen*

Ítems	Nº	%
Me veo bien	18	30
Hay algunas cosas malas en mi apariencia	22	36,7
Me veo horrible	20	33,3
Total	60	100

**Fuente:** Inventario aplicado a los estudiantes de 5to grado de Educación Primaria de la I.E. Juan Manuel Iturregui Lambayeque

Se visualiza en la tabla que el 30% de los estudiantes consideran verse bien, mientras que el 36,7% consideran que hay algunas cosas malas en su apariencia. Estos resultados indican que hay un alto porcentaje de niños que no les gusta cómo se ven físicamente, el cual es preocupante porque puede llevarlos a expresiones de tristeza, desdicha por ser como son. La aceptación física es fundamental porque lleva a la formación de su autoimagen y es importante que su autoimagen sea positiva.

**Tabla 18***Nivel de cumplimiento de tareas*

Ítems	Nº	%
Todo el tiempo me cuesta esfuerzo hacer mis tareas del colegio	20	33,3
Muchas veces me cuesta mucho esfuerzo hacer mis tareas del colegio	22	36,7
Hacer mis tareas del colegio no es un gran problema	18	30
Total	60	100

**Fuente:** Inventario aplicado a los estudiantes de 5to grado de Educación Primaria de la I.E. Juan Manuel Iturregui Lambayeque

Se evidencia en la tabla que el 33,3% de los estudiantes, todo el tiempo les cuesta esfuerzo para hacer sus tareas del colegio, y el 36,7% muchas veces les cuenta esfuerzo hacer las tareas del colegio. Más de la mitad de los estudiantes en estudio les cuesta mucho esfuerzo en hacer las tareas del colegio, el cual es preocupante porque ese desinterés o desánimo por cumplir con sus tareas escolares afecta su rendimiento académico.

**Tabla 19***Nivel de somnolencia*

Ítems	Nº	%
Todas las noches tengo problemas para dormir	20	33,3
Varias noches tengo problemas para dormir	20	33,3
Duermo muy bien	20	33,3
Total	60	100

**Fuente:** Inventario aplicado a los estudiantes de 5to grado de Educación Primaria de la I.E. Juan Manuel Iturregui Lambayeque

Se observa en la tabla que el 33,3% de los estudiantes, todas las noches tienen problemas para dormir, y el 33,3% varias noches tiene problemas para dormir. El tener alteraciones de sueño es un síntoma de depresión, el cual es preocupante porque los resultados demuestran que hay un alto porcentaje de estudiantes que tienen dificultades para dormir. No poder descansar bien afecta sus estados de ánimo (irritable) y también su rendimiento académico.

**Tabla 20***Nivel de fatiga en las actividades cotidianas*

Ítems	Nº	%
Rara vez me siento cansado	20	33,3
Muchos días me siento cansado	15	25
Todo el día me siento cansado	25	41,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario aplicado a los estudiantes de 5to grado de Educación Primaria de la I.E. Juan Manuel Iturregui Lambayeque

Se visualiza en la tabla que el 33,3% de los estudiantes rara vez se sienten cansados, mientras que el 25% refiere que muchos días se sienten cansados. Que un estudiante siempre se sienta cansado o fatigado con las actividades cotidianas, en muchas ocasiones es porque no está durmiendo bien o tiene preocupaciones muy fuertes.

**Tabla 21***Consumo de alimentos*

Ítems	Nº	%
La mayoría de días no tengo ganas de comer	15	25
Varios días no tengo ganas de comer	25	41,7
Como muy bien	20	33,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario aplicado a los estudiantes de 5to grado de Educación Primaria de la I.E. Juan Manuel Iturregui Lambayeque

Se visualiza en la tabla que el 25% de los estudiantes, la mayoría de días no tienen ganas de comer, y el 41,7% varios días no tienen ganas de comer. Resultados que demuestran que hay un alto porcentaje de estudiantes con dificultades para comer porque no tienen ganas y no comer con apetito afecta su salud física y emocional.

**Tabla N° 22***Grado de preocupación por dolores y enfermedades*

<b>Ítems</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No me preocupan dolores ni enfermedades	18	30
Muchas veces me preocupan dolores y enfermedades	22	36,7
Todo el tiempo me preocupan dolores y enfermedades	20	33,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario aplicado a los estudiantes de 5to grado de Educación Primaria de la I.E. Juan Manuel Iturregui Lambayeque

Se evidencia en la tabla que el 30% de los estudiantes no les preocupa dolores ni enfermedades, mientras que el 36,7% refiere que muchas veces les preocupa dolores y enfermedades. Estos resultados demuestran que más del 50% de estudiantes se encuentran preocupados por dolores y enfermedades y estas preocupaciones pueden interferir en las actividades que realiza cotidianamente y en su rendimiento escolar.

**Tabla N° 23***Nivel de Sentimiento de soledad*

<b>Ítems</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No me siento solo	20	33,3
Muchas veces me siento solo	20	33,3
Todo el tiempo me siento solo	20	33,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario aplicado a los estudiantes de 5to grado de Educación Primaria de la I.E. Juan Manuel Iturregui Lambayeque

Se observa en la tabla que el 33,3% de los estudiantes no se sienten solos, mientras que el 33,3% refiere que muchas veces se sienten solos. Estos resultados son preocupantes porque más del 50% de los estudiantes en estudio se sienten solos y eso afecta su autoestima.

**Tabla N° 24***Nivel de recreación en la Institución Educativa*

Ítems	N°	%
Nunca me divierto en el colegio	20	33,3
Solo de vez en cuando me divierto en el colegio	25	41,7
Muchas veces me divierto en el colegio	15	25
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario aplicado a los estudiantes de 5to grado de Educación Primaria de la I.E. Juan Manuel Iturregui Lambayeque

Se evidencia en la tabla que el 33,3% de los estudiantes nunca se divierten en el colegio, y el 41,7% de manera esporádica se divierten en el colegio. Que un estudiante no se divierte en el colegio o lo haga ocasionalmente es preocupante porque lo usual es que los niños se diviertan con su grupo de pares, se sientan integrados.

**Tabla N° 25***Nivel de hacer amistades*

Ítems	N°	%
Tengo muchos amigos	20	33,3
Tengo algunos amigos, pero quisiera tener más	20	33,3
No tengo amigos	20	33,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario aplicado a los estudiantes de 5to grado de Educación Primaria de la I.E. Juan Manuel Iturregui Lambayeque

Se observa en la tabla que el 33,3% de los estudiantes tienen muchos amigos, mientras que el 33,3% solo tienen algunos amigos, pero quisiera tener más. Tener pocos amigos o no tenerlos es preocupante porque hacer amistades es parte de la vida cotidiana y para ello es importante enseñar a los estudiantes a desarrollar habilidades sociales que les permita una mejor interacción con su grupo de pares.

**Tabla N° 26***Nivel de rendimiento académico*

Ítems	N°	%
Mi rendimiento en el colegio es bueno	25	41,7
Mi rendimiento en el colegio no es tan bueno como antes	15	25
Estoy mal en cursos en los que antes estaba bien	20	33,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario aplicado a los estudiantes de 5to grado de Educación Primaria de la I.E. Juan Manuel Iturregui Lambayeque

Se visualiza en la tabla que el 25% de los estudiantes consideran que su rendimiento en el colegio no es tan bueno como antes, y el 33,3% considera estar mal en cursos en los que antes estaba bien. Estos resultados son preocupantes porque demuestran que un alto porcentaje de alumnos han tenido cambios en su rendimiento escolar, pues indican que su rendimiento no es tan bueno como antes. Estos cambios se pueden deber a múltiples factores, entre ellos, la depresión.

**Tabla N° 27***Nivel de sentimientos de bondad*

Ítems	N°	%
Nunca podré ser tan bueno como los otros niños	22	36,7
Puedo ser tan bueno como los otros niños si yo quisiera	18	30
Soy tan bueno como los otros niños	20	33,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario aplicado a los estudiantes de 5to grado de Educación Primaria de la I.E. Juan Manuel Iturregui Lambayeque

Se visualiza en la tabla que el 36,7% de los estudiantes consideran que nunca podrán ser tan buenos como los otros niños, y 30% consideran que pueden ser tan buenos como los otros niños si ellos quisieran. La creencia de no ser tan buenos como los otros niños pueden afectar sus estados de ánimo porque los pone más sensibles, y en ocasiones les genera tristeza, sentimientos de culpa.

**Tabla N° 28***Sentirse apreciado por los demás*

Ítems	N°	%
Nadie me quiere realmente	20	33,3
No estoy seguro si alguien me quiere	20	33,3
Estoy seguro que hay personas que me quieren	20	33,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario aplicado a los estudiantes de 5to grado de Educación Primaria de la I.E. Juan Manuel Iturregui Lambayeque

Se observa en la tabla que el 33,3% de los estudiantes consideran que nadie los quiere realmente, y el 33,3% considera que no están seguros si alguien los quiere. Estos resultados son preocupantes porque más del 50% de los estudiantes creen que nadie los quiere o que no están seguros de eso. Sentirse no queridos por los demás afecta considerablemente su autoestima y los puede llevar a una profunda tristeza.

**Tabla N° 29***Nivel de obediencia a los demás*

Ítems	N°	%
Generalmente hago caso en lo que me dicen	18	30
Muchas veces no hago caso en lo que me dicen	22	36,7
Nunca hago caso en lo que me dicen	20	33,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario aplicado a los estudiantes de 5to grado de Educación Primaria de la I.E. Juan Manuel Iturregui Lambayeque

Se observa en la tabla que el 30% de los estudiantes consideran que generalmente hacen caso en lo que les dicen, mientras que el 36,7% muchas veces no hacen caso en lo que les dicen. Los resultados reflejan la necesidad de incrementar el porcentaje de estudiantes que se ejerciten en la obediencia.

**Tabla N° 30***Nivel de trato con su grupo de pares*

Ítems	N°	%
Me llevo bien con los demás	25	41,7
Muchas veces me peleo con los demás	20	33,3
Todo el tiempo me peleo con los demás	15	25
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario aplicado a los estudiantes de 5to grado de Educación Primaria de la I.E. Juan Manuel Iturregui Lambayeque

Se evidencia en la tabla que el 33,3% de los estudiantes, muchas veces se están peleando con los demás, y el 25% todo el tiempo se pelea con los demás. Estos resultados demuestran que más del 50% de estudiantes se pelean con los demás, el cual refleja la necesidad de mejorar sus habilidades sociales, puesto que es importante llevarse bien con los demás.

**Tabla N° 31***Niveles de depresión en los estudiantes*

Escala de valoración	N°	%
Alto	10	17
Media	40	67
Baja	10	17
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario aplicado a los estudiantes de 5to grado de Educación Primaria de la I.E. Juan Manuel Iturregui Lambayeque

Los resultados obtenidos tras el análisis estadístico se tienen, que hay un alto porcentaje de estudiantes que se encuentran en el nivel medio de depresión según la escala de valoración, situación que interfiere en el bajo rendimiento académico.

En general podemos concluir que los estudiantes con alta depresión, se caracterizan por ser menos extrovertidos y menos líderes, son más inhibidos en sus sentimientos, puesto que les cuesta manejar sus estados emocionales.

### 3.2. Rendimiento académico en los estudiantes del Quinto Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa “Juan Manuel Iturregui”- Lambayeque.

**TABLA N° 32**

*Rendimiento académico en los estudiantes del Quinto Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa “Juan Manuel Iturregui”- Lambayeque.*

#### **Nivel de Rendimiento Académico**

Escala de valoración	N°	%
Alto	10	17
Media	40	67
Baja	10	17
Total	60	100

Fuente: Lista de cotejo.

Esta realidad es preocupante ya que una alta proporción (más del 50%) de los estudiantes de la muestra de estudio, están en proceso de lograr lo previsto, es decir solo responden los criterios más fáciles considerados en las evaluaciones.

### 3.3. Correlación entre la depresión con el rendimiento académico en los estudiantes del Quinto Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa “Juan Manuel Iturregui”- Lambayeque.

**TABLA N° 33**

Análisis correlativo entre la variable depresión con el rendimiento académico en los estudiantes del Quinto Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa “Juan Manuel Iturregui”- Lambayeque.

<b>ÍNDICES ESDATADÍSTICOS</b>		
$r = 0,80$	Mucha significativa	$t_e: 50,6$

Fuente: Elaboración propia basada en las tablas 28 y 29

En el estudio, se pudo determinar que existe correlación muy significativa entre la variable depresión infantil y la variable rendimiento académico ( $r= 0,80$ ), en los alumnos del Quinto Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa "Juan Manuel Iturregui"-Lambayeque, confirmándose en un 50% a través del coeficiente de determinación ( $r^2$ ).

### 3.4. Contrastación de hipótesis: Prueba "t" de student para el coeficiente de correlación de Pearson

#### A. Planteamiento de la prueba estadística

$H_1$ : La variable depresión está correlacionada con el rendimiento académico en los estudiantes del Quinto Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa "Juan Manuel Iturregui"-Lambayeque

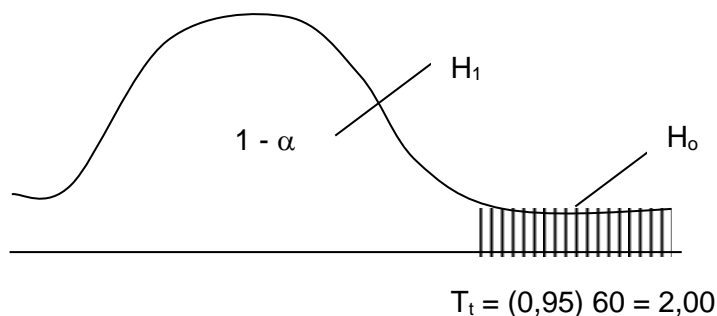
$H_0$ : La variable depresión no está correlacionada con el rendimiento académico en los estudiantes del Quinto Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa "Juan Manuel Iturregui"-Lambayeque.

#### B. Nivel de significación

Confiabilidad : 0,95

$\alpha$  : 0,05

#### C. Representación gráfica



D. Selección de la estadística de prueba

Test “t” de students para el coeficiente de correlación de Pearson.

E. Fórmula del test “t”

$$t_e = \frac{r\sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

Con  $n - 2gl$

F. Decisión

Como  $T_e: 50,00 > t_t$  : Se acepta  $H_1$

Según los resultados, se observa que de “t” de students para el coeficiente de correlación de Pearson, es superior al valor del test “t” tabular (2,00) al 95% de confianza y con  $n-2$  grados de libertad, por lo tanto se acepta la hipótesis alternativa ( $H_1$ ).

### 3.5. Discusión de resultados

Para establecer la correlación entre la variable depresión y la variable; rendimiento académico, en una muestra de 60 estudiantes del Quinto Grado de Educación Primaria de la I.E. “Juan Manuel Iturregui”; en un primer momento se procedió a identificar el nivel de predominio de ambas variables. Para tal fin se utilizaron como instrumentos, el Inventario de Depresión de Kovacs (CDI) y la lista de cotejo.

Examinando los resultados generales, los alumnos de la mencionada Institución el 38,4 % de los estudiantes se sitúan en el nivel depresivo alto, oscilando sus calificativos entre 38-54 puntos, lo que implica que sus actitudes negativas juegan en contra de su rendimiento académico; el 33,3 % en el horizonte medio, cuyos calificativos están comprendidos entre 19-37 y, por último, el 28,3 % en paralelismo bajo (calificativos que oscilan entre 1-18 puntos).

En relación al párrafo anterior, puede afirmarse entonces que el estado anímico de los sujetos evaluados, en un bajo porcentaje (28,3%) es favorable para el logro de aprendizajes significativos.

Parafraseando al autor Del Barrio (2005), los síntomas de la depresión entre 6 y 12 años de edad, empiezan a mostrarse sobre todo en la escuela y en su relación con los pares, que son las actividades que caracterizan esta edad. En este período, se puede observar rechazo a las actividades escolares, irritación (peleas y discusiones constantes con sus pares), ansiedad, dificultades en el aprendizaje, entre otros. Relacionado con su desarrollo cognitivo, se empiezan a presentar los primeros pensamientos negativos, se muestra autocrítico e inseguro de sus capacidades, con poca motivación y con temores nocturnos. Se puede evidenciar, desde este período, problemas de conducta estrechamente relacionados con la depresión infantil, como la crisis de llanto, gritos, peleas, conductas autodestructivas, etc.;

Con referencia a la variable rendimiento académico, se tiene que los estudiantes muestran resultados poco convincentes, es probable que suscite por la alta tasa de depresión que presentan. El 25 % de los estudiantes se ubican en los Niveles: 2(Alto) y Debajo del Nivel 1(Bajo), respectivamente, reflejando la existencia de un limitado grupo, capaz de desempeñarse con total facilidad en las tareas académicas impartidas en el área evaluada.

La realidad descrita es preocupante ya que una alta proporción (50%) de los estudiantes de la muestra de estudio, están en proceso de lograr lo previsto, es decir tan solo responden los criterios más fáciles considerados en las evaluaciones. El rendimiento académico, tal y como han puesto de manifiesto los autores, se observa como una variable vinculante a la depresión infantil (Cabrera y Jiménez, 2010)

Para analizar la relación entre las variables de estudio, se empleó el coeficiente de correlación de Pearson obteniendo un valor  $r = 0.8$ , como un todo, lo que se produce una correlación muy significativa entre depresión y rendimiento académico (Véase tabla N° 30). Desde esta perspectiva, los niños y niñas con síndrome depresivo se caracterizan por: presentar más síntomas de neuroticismo y rigidez en el estudio, ser menos extrovertidos y menos líderes, ser más inhibidos, tener menos habilidades intelectuales, tienen más probabilidades de suspender y presentan mayores sentimientos de desagrado hacia el centro escolar.

Desde la perspectiva científica se pudo comprobar la hipótesis de trabajo, para tal efecto se empleó la prueba “t” de students para el coeficiente de correlación de Pearson. Por lo tanto el valor de  $t_e: 50,6$  es superior al valor de  $t_t: 2,00$  al 95% de confiabilidad con  $n-2$  gl,

aceptando de este modo la hipótesis alterna, La variable depresión está correlacionada con el rendimiento académico en los estudiantes del Quinto Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa “Juan Manuel Iturregui”- Lambayeque.

Los resultados encontrados del presente estudio abren nuevas perspectivas de investigación, en el sentido de que nos permite profundizar en el análisis encontrado de que la depresión infantil tiene una implicancia muy relevante en el rendimiento académico.

## CONCLUSIONES

- Según la escala empleada, se tiene, un 17 % de los estudiantes se sitúan en el nivel depresivo alto, oscilando sus calificativos entre 38-54 puntos, lo que implica que sus actitudes negativas juegan en contra de su rendimiento académico; el 67 % en el horizonte medio, cuyos calificativos están comprendidos entre 19 -37 y, por último, el 17% en paralelismo bajo (calificativos que oscilan entre 1-18 puntos). Puede afirmarse entonces que el estado anímico de los sujetos evaluados, en un alto porcentaje es favorable para el logro de aprendizajes significativos.
- El 17 % de los estudiantes se ubican en los Niveles: 2(Alto) y Debajo del Nivel 1(Bajo), respectivamente, reflejando la existencia de un limitado grupo, capaz de desempeñarse con total facilidad en las tareas académicas impartidas en el área evaluada. Esta realidad es preocupante ya que una alta proporción (más del 50%) de los estudiantes de la muestra de estudio, están en proceso de lograr lo previsto, es decir solo responden los criterios más fáciles considerados en las evaluaciones.
- El modelo teórico se sustenta en diversas teorías psicológicas y educativas las cuales ilustran un conjunto de características acerca de la depresión infantil y rendimiento académico, dilucidando así un conjunto de aspectos que permiten explicar la relación entre las dos variables.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aceros C., Angarita S., y Campos O. (2009). *Correlación entre Depresión y Rendimiento Académico en las estudiantes de Quinto Grado de Primaria del Colegio Santísima Trinidad*. Recuperado el 1 de noviembre del 2013
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Anderson J. (1994). *La socialización infantil en comunidades andinas y migrantes Urbanos del Perú. Proyectos de innovaciones pedagógicas no formales (Vol. 1)*. Lima: Ministerio de Educación – Fundación Bernard van Lee.
- Beck A. T. y Shaw B. F. (1981) *Enfoques Cognitivos de la Depresión. En ELLIS, Albert y otros (1981), Manual de Terapia Racional-Emotiva*. Séptima Edición. Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Beck A., Rush A., Shaw B. y Emery G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Belloch A.; Sandín B. y Ramos F. (2009). *Manual de Psicopatología*. España: Editorial Graw Hill.
- Bermúdez M. y Bermúdez A. (Eds.). *Manual de psicología clínica infantil*. (pp.219-268). Madrid: Biblioteca nueva.
- Buela G., Fernandez L y Carrasco, T. (1997). *Psicología Preventiva. Avances Recientes en Técnicas y Programas de Prevención*. España: Ediciones Pirámide.
- Cabrera L. y Jiménez, A.B. (2010). Depresión infantil y rendimiento académico. *Revista de Investigación Educativa, 1999, Vol. 17, n.º 1, págs. 89-106*
- Caballo V. (2010). *Manual para la Evaluación Clínica de los Trastornos Psicológicos. Trastornos de la edad Adulta e Informes Psicológicos*. España: Ediciones Pirámide
- Cuevas M. y Teva I. (2006). *Evaluación y tratamiento de la depresión infantil. Manual de Psicología infantil*. Madrid: Biblioteca Nueva

- Chavarro C.; Ríos, N.; Tovar A. y Von Rosen J. G. (2000). *Influencia de la depresión en el rendimiento académico de niños entre los 8 y 10 años y adolescentes entre los 16 y los 18 años*. [www.puj.edu.co/fhumanidades/psicologia/proyectosintesis/](http://www.puj.edu.co/fhumanidades/psicologia/proyectosintesis/)
- Dahl, R., Birmaher, B., Williamson, D., Dorn, L., Perel, J., Kaufman, J., et al. (2000). *Low growth hormone response to growth hormone-releasing hormone in child depression*. *Biological Psychiatry*, 48 (10), 981-988. Abstract extraído el 03 de junio, 2008 de la base de datos de PsycINFO.
- Del Barrio M. (2005). *Trastornos depresivos*. En *González, R. (coord.). Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 229-262). Madrid: Pirámide.
- Díaz F.; Prados Cuesta M. y López S. (2005). *Relación entre rendimiento académico, síntomas depresivos, edad y género en una población de adolescentes*. En *Psiquiatría.com* Vol. 6 N°2, Junio de 2002.
- Domínguez D. y Torres A. (1996). *Aspectos clínicos epidemiológicos de la depresión en la adolescencia*. En *Bassas, N. y Tomás, J. (Coord.). Carencia afectiva, hipercinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Alertes.
- En Belloch A., Sandín B. y Ramos F. (Edit.). *Manual de psicopatología (Vol. 2)*. Madrid: McGraw-Hill.
- Frías, D., Mestre, V., Del Barrio, V. y García-Ros, R. (1990). *Déficits cognitivos depresivos y rendimiento escolar*. *Revista de Psicología de la Educación*. Vol. 2, N° 5. 61-80.
- Gardner H. (1994). *Estructura de la Mente. La Teoría de las Inteligencias Múltiples*. México: Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis.
- González T. (2008). *Relación entre la percepción del apoyo parental a la autonomía e involucramiento parentales con ansiedad en púberes*. Tesis para optar al Título de Psicólogo, Departamento de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Perú, Lima, Perú. (Investigación en curso)
- Hernández R., Fernández C. y Baptista M. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F: Mc Gran Hill. Interamericana.

- Jiménez, M. (1995). *Depresión infantil: Aspectos clínicos*. En Jiménez, M. (Coord.). Psicopatología infantil (pp. 89-108). Granada: Aljive.
- Kaslow, N., Croft, S. & Hatcher, C. (1999). *Depresión en niños y adolescents*. Recuperado en <http://books.google.com.pe/books?id=E->
- Kaslow N., Croft, S. y Hatcher, C. (1999). *Depression and bipolar disorder in children and adolescents*. En Netherton, S., Holmes, D. y Walker, C. (Eds.). *Child and adolescents psychological disorders*. New York: Oxford university press.
- Kovacs M. (2004). *Inventario de depresión infantil (CDI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Liu, X., Buysse, D., Gentzler, A., Kiss, E., Mayer, L., Kapornai, K., et al. (2007). Insomnia and hypersomnia associated with depressive phenomenology and comorbidity in childhood depression. *Sleep: Journal of Sleep and Sleep Disorders Research*, 30(1), 83-90. Abstract extraído el 02 de junio, 2008 de la base de datos de PsycINFO.
- Martínez V. (2007a). *Sintomatología depresiva en adolescentes: Estudio de una muestra de alumnos de la zona sur de Madrid capital* [Versión electrónica]. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 3, 224-237.
- Mijancos M (2006). *Hacer Familia: Inteligencia Emocional y Felicidad*. Madrid: Ediciones Palabra.
- Ministerio de Educación de la República del Perú. Unidad de estadística educativa (2008). Estadísticas de la calidad educativa. Extraído el 01 de Diciembre, 2013 de la página Web del Ministerio de Educación <http://www.minedu.gob.pe/> y luego <http://escale.minedu.gob.pe/escale/inicio.do?pagina=2>
- Ministerio de Educación. (2009). *Evaluación censal de estudiantes (ECE)*. Recuperado de [www2.minedu.gob.pe/umc/ece2009/evaluacioncensal.wmv](http://www2.minedu.gob.pe/umc/ece2009/evaluacioncensal.wmv).
- Morinson V. y Bennett, P. (2008). *Psicología de la Salud*. España: Pearson Educación.
- Morrinson V.; Bennett, P (2008). *Psicología de la Salud*. España: Editorial: Pearson Educación.

- Organización Mundial de la salud (2007). *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. Madrid: Médica Panamericana.
- Ortiz A. (1994). *Un estudio sobre los grupos autónomos de los niños a partir de un trabajo de campo en Champacocha, Andahuaylas. Proyectos de innovaciones pedagógicas no formales (Vol. 3)*. Lima: Ministerio de Educación – Fundación Bernard van Lee.
- Pérez M. (2007). *La Inteligencia Emocional*. Recuperado el 15 de Setiembre del 2010 en [http://www.redem.org/boletin/boletin\\_310510c.php](http://www.redem.org/boletin/boletin_310510c.php)
- Polaino - Lorfnte y E J. de las Heras (2009) *En Torno al Fracaso Escolar. Hipotesis-Justificatoria del Suicidio Infantil*. Recuperado EL 30 de Setiembre del 2013 en <http://revistas.ucm.es/edu/11302496/articulos/RCED9090230223A.PDF>.
- Ramírez, R. (2009). *Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca*. Lima: PUCP. Recuperado el 17 de Agosto de 2016 de [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/409/RAMIREZ\\_BARRANTES\\_RENATO\\_ADAPTACION\\_INVENTARIO\\_DEPRESION.pdf?sequence=1](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/409/RAMIREZ_BARRANTES_RENATO_ADAPTACION_INVENTARIO_DEPRESION.pdf?sequence=1).
- Reynolds W. M. y Mazza, J. J. (1998). Reliability and Validity of the Reynolds Adolescent Depression Scale with Young Adolescents. En *Journal of School Psychology*. Vol. 36, No3, pp.295-312. society for the Study of School Psychology, Elsevier Science Ltda., Estados Unidos.
- Rodríguez Ávila Jimena; Dr. Ortiz Ramírez, Mario I. (2000). Depresión Infantil. *Revista Científica Electrónica de Psicología*. Recuperado el 12 de octubre del 2010 en [http://www.odi.ucr.ac.cr/medios/documentos/presencia/revista\\_presencia\\_87.pdf](http://www.odi.ucr.ac.cr/medios/documentos/presencia/revista_presencia_87.pdf)
- Rodríguez J. (2000). *Las Depresiones infantiles*. En Rodríguez, J (Coord.). *Psicopatología infantil básica*. Madrid: Pirámide.
- Rodríguez A, Granada O. (2007). *Trastornos depresivos en la infancia y adolescencia*. España. *Rev Clin Med Fam*.

- Rosso, I., Cintron, C., Steingard, R., Renshaw, P., Young, A., & Yurgelun-Todd, D. (2005). *Amygdala and Hippocampus Volumes in Pediatric Major Depression. Biological Psychiatry*, 57 (1), 21-26. Abstract extraído el 03 de junio, 2008 de la base de datos de PsycINFO.
- Saavedra J. (s.f.) Situación de la salud mental en el Perú. Extraído el 13 de Setiembre de 2013 desde la pagina Web del Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” <http://www.minsa.gob.pe/insmhdhn/index.htm> y luego <http://www.minsa.gob.pe/insmhdhn/situacionsm.htm>.
- Salazar G. (2004). *Prevalencia de depresión mayor en escolares de 12 a 16 años de edad en tres colegios de la ciudad de Huancayo*. Trabajo de investigación, Universidad Particular Cayetano Heredia, Lima, Perú.
- Salazar G. (2004). *Prevalencia de depresión mayor en escolares de 12 a 16 años de edad en tres colegios de la ciudad de Huancayo*. Trabajo de investigación, Universidad Particular Cayetano Heredia, Lima, Perú.
- Sanz J. y Vázquez C. (1995). *Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas*.
- Transtornos Mentales y Cerebrales .Departamento de Salud Mental y Toxicomanias. Organizacion Mundial de la Salud (2001). *Prevención del Suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Recuperado de: [http://www5.psico.edu.uy/\\_administrativa/bedelia/\\_servicios-2010/4to/18A.pdf](http://www5.psico.edu.uy/_administrativa/bedelia/_servicios-2010/4to/18A.pdf)
- Trianes M. (2002). *Estrés en la Familia: Su prevención y Tratamiento*. Madrid: Narcea.
- Velasco L., Magriña F y Payés E (1983). *Monografía de la Serie. Newsletter. Psiquiatría. Trastornos Depresivos en la Práctica Diaria*. Barcelona: Hoechst Ibérica.
- Villamil R. y Manero R. (2004). *Infancia y terror en la vida cotidiana*. Revista del Área de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Republica, 1. Extraído el 23 de Noviembre 2013, de <http://www.itinerario.psico.edu.uy/Infanciayterrorenlavidacotidiana.htm>.

Waslick, B., Kandel, R. y Kakourous, A. (2003). *La depresión en niños y adolescentes*. En Shaffer, D. y Waslick, B. (Ed.). *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*. Barcelona: Ars Medica.

Weissman M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Verdeli, H., Pilowsky, D. et al. (2005). Families at high and low risk for depression: a three generation study. *Archives of General Psychiatry*, 62 (1), 29-36. Abstract extraídos el 03 de Octubre, 2013 de la base de datos de PsycINFO.

Wicks-Nelson, R. e Israel, A. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.

## ANEXOS

### ANEXO 01

#### CDI: INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL

Grado:..... Sección..... Sexo: F/M

Edad.....

Fecha de nacimiento:.....

Su objetivo es evaluar los síntomas depresivos en niños y adolescentes, y su facilidad de lectura permite la aplicación a partir de los 7 años.

Estimados estudiantes en este cuestionario se recogen esos sentimientos e ideas. De cada grupo, señala una frase que sea **LA QUE MEJOR DESCRIBA** cómo te has sentido durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS**. Una vez que termines con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Únicamente señala la frase que describa mejor **CÓMO TE HAS SENTIDO** últimamente. Pon una equis (x) en el círculo que hay junto a tu respuesta.

Estos son los 27 ítems de la prueba, en los que el niño tiene que elegir una de entre tres opciones:

1. De vez en cuando estoy triste.

Muchas veces estoy triste.

Siempre estoy triste.

2. Nunca me va a salir nada bien.

No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien.

Las cosas me van a salir bien.

3. La mayoría de las cosas las hago bien.

Muchas cosas las hago mal.

Todo lo hago mal.

4. Muchas cosas me divierten.  
Algunas cosas me divierten.  
Nada me divierte.
5. Siempre soy malo o mala.  
Muchas veces soy malo o mala.  
Algunas veces soy malo o mala.
6. A veces pienso que me puedan pasar cosas malas.  
Me preocupa que pasen cosas malas.  
Estoy seguro de que me pasarán cosas muy malas.
7. Me odio.  
No me gusta como soy.  
Me gusta como soy.
8. Todas las cosas malas son por mi culpa.  
Muchas cosas malas son por mi culpa.  
Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas.
9. No pienso en matarme.  
Pienso en matarme pero no lo haría.  
Quiero matarme.
10. Todos los días tengo ganas de llorar.  
Muchos días tengo ganas de llorar.  
De vez en cuando tengo ganas de llorar.
11. Siempre me preocupan las cosas.  
Muchas veces me preocupan las cosas.  
De vez en cuando me preocupan las cosas.
12. Me gusta estar con la gente.  
Muchas veces no me gusta estar con la gente.  
Nunca me gusta estar con la gente.
13. No puedo decidirme.

Me cuesta decidirme.

Me decido fácilmente.

14. Soy simpático o simpática.

Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan.

Soy feo o fea.

15. Siempre me cuesta hacer las tareas.

Muchas veces me cuesta hacer las tareas.

No me cuesta hacer las tareas.

16. Todas las noches me cuesta dormir.

Muchas veces me cuesta dormir.

Duermo muy bien.

17. De vez en cuando estoy cansado o cansada.

Muchos días estoy cansado o cansada.

Siempre estoy cansado o cansada.

18. La mayoría de los días no tengo ganas de comer.

Muchos días no tengo ganas de comer.

Como muy bien.

19. No me preocupan el dolor ni la enfermedad.

Muchas veces me preocupan el dolor y la enfermedad.

Siempre me preocupan el dolor y la enfermedad.

20. Nunca me siento solo o sola.

Muchas veces me siento solo o sola.

Siempre me siento solo o sola.

21. Nunca me divierto en el colegio.

Sólo a veces me divierto en el colegio.

Muchas veces me divierto en el colegio.

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 los cursos que antes llevaba muy 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.

Muchas veces me peleo.

Siempre me peleo.

## Corrección

La ausencia del síntoma se puntúa 0, la presencia en una forma leve se puntúa 1 y la presencia en una forma grave se puntúa 2, por lo que la puntuación total puede oscilar entre 0 y 54 puntos.

### ANEXO 02

#### LISTA DE COTEJO

Objeto de valoración: Rendimiento académico			
Estudiantes	Nivel 0	Nivel 1	Nivel 2
Códigos	0-10 puntos	11-14 puntos	15-20 puntos
001			
002			
003			
004			
005			
006			
007			
008			
009			
010			
011			
012			
013			
014			

<b>015</b>			
<b>016</b>			
<b>017</b>			
<b>018</b>			
<b>019</b>			
<b>020</b>			
<b>021</b>			
<b>022</b>			
<b>023</b>			
<b>024</b>			
<b>025</b>			
<b>026</b>			
<b>027</b>			
<b>028</b>			
<b>029</b>			
<b>030</b>			
<b>031</b>			
<b>032</b>			
<b>033</b>			
<b>044</b>			
<b>045</b>			
<b>046</b>			
<b>047</b>			
<b>048</b>			
<b>049</b>			

<b>050</b>			
<b>051</b>			
<b>052</b>			
<b>053</b>			
<b>054</b>			
<b>055</b>			
<b>056</b>			
<b>057</b>			
<b>058</b>			
<b>059</b>			
<b>060</b>			