

Asociación entre síntomas depresivos con importancia clínica y rendimiento académico en estudiantes de Cartagena, Colombia

Association between clinically important depressive symptoms and academic achievement among students in Cartagena, Colombia

Zuleima Cogollo,¹* Adalberto Campo-Arias²

Resumen

Antecedentes: Algunos estudios muestran una asociación importante entre síntomas depresivos y rendimiento académico en población adolescente. Sin embargo, existen pocas investigaciones en estudiantes colombianos.

Objetivo: Determinar la asociación entre síntomas depresivos con importancia clínica y rendimiento académico en adolescentes estudiantes de estrato socioeconómico bajo.

Método: En adolescentes estudiantes entre 13 y 17 años de edad se cuantificaron síntomas depresivos con importancia clínica con la escala de Zung (punto de corte 40/80). El rendimiento académico fue evaluado siguiendo el modelo cualitativo vigente en Colombia.

Resultados: El 45.3% de los estudiantes mostró síntomas depresivos con importancia clínica, mientras el 30.7% tenía un pobre rendimiento académico, según la evaluación docente. El rendimiento académico resultó independiente de los síntomas depresivos con importancia clínica, aún después de controlar por otras variables.

Conclusiones: Los síntomas depresivos son frecuentes en estudiantes adolescentes de estrato bajo; no obstante, no guardan relación con el rendimiento académico. Se necesita mayor investigación en esta área.

Palabras clave: Depresión, Rendimiento académico, Adolescente, Estudiantes, Estrato Socioeconómico

Summary

Background: Some studies show a strong association between depressive symptoms and academic achievement in the adolescent population. However, there are few Colombian publications about this topic.

Objective: To establish the association between clinically important depressive symptoms

Recibido: octubre de 2006

Aprobado: diciembre de 2006

¹ Enfermera de Salud Mental y Psiquiatría. Profesora Asociada, Grupo de Salud Mental y Familia, Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena, Colombia.

² Médico Psiquiatra. Director de Investigaciones, Instituto de Investigación del Comportamiento Humano. Profesor catedrático, Grupo de Salud Mental y Familia, Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena.

* **Correspondencia:** Adalberto Campo-Arias, Transversal 93 No 53-48, Interior 68, Bogotá, Colombia. Fax 57 1 223 19 57.

Correo electrónico:

campoarias@comportamientohumano.org.

and academic achievement among low socioeconomic status adolescent students.

Method: A group of 13 to 17 year-aged adolescents was studied. Meaningful clinically depressive symptoms were measured with Zung' self-rating depression scale (40/80). Academic achievement was evaluated according to Colombian qualitative model.

Results: A total of 43.5% of students reported clinically important depressive symptoms and 30.7% accomplished a poor academic achievement, according to teacher report. The academic

achievement was independent of meaningful clinically depressive symptoms, after controlling other variables.

Conclusion: Meaningful clinically depressive symptoms are frequent in low socioeconomic status adolescent students. But, meaningful clinically depressive symptoms are not associated with academic performance. Further investigations are needed.

Key words: Depression, Academic Achievement, Adolescent, Students, Socioeconomic Status.

INTRODUCCIÓN

Los síntomas depresivos con importancia clínica (SDIC) se pueden presentar en cualquier etapa del ciclo vital. Estudios recientes muestran una alta prevalencia de SDIC en población adolescente (1-4). Estos síntomas guardan una relación compleja con factores individuales y medioambientales (5).

El rendimiento académico (RA) se ha considerado con frecuencia un indicador de bienestar psicológico en niños, niñas y adolescentes (6,7). No obstante, se plantea que el RA es el resultado de elementos personales, familiares y socio-culturales (8).

En el contexto mundial existen datos contradictorios acerca de la asociación entre SDIC y RA (9-14). En Colombia, un estudio con estudiantes de media vocacional de cuatro colegios de Bucaramanga de estrato socioeconómico medio, encontró una relación significativa entre la percepción del propio estudiante de su RA y SDIC (15). En otra investigación con estudiantes de sexto a undécimo grado de un colegio de Cartagena se observó que los SDIC no se asociaban con la pobre percepción de RA (16). Sin embargo, es necesario destacar que en este último caso se utilizó un autoinforme de la percepción del RA y no se controló el nivel socioeconómico.

Sin duda, los SDIC y los episodios depresivos francos pueden menoscabar el RA en adolescentes. Por ejemplo, la dificultad para concentrarse puede interferir con la capacidad para resolver en forma favorable las exigencias de las tareas escolares cotidianas (17). De la misma forma, la irritabilidad o el estado de ánimo disfórico tal vez expliquen algunos problemas comunes de los estudiantes en las relaciones con profesores y compañeros de clase (18,19).

El objetivo de este estudio fue determinar la asociación existente entre la presencia de SDIC y RA, informado por docentes, con un control cuidadoso por estrato socioeconómico en adolescentes estudiantes de una institución oficial de la ciudad de Cartagena, Colombia.

MÉTODO

El presente es un estudio transversal en el cual se evaluó la asociación entre SDIC y RA en una población de adolescentes estudiantes de estrato socioeconómico bajo y medio-bajo. Este proyecto fue aprobado por el Centro de Investigaciones Científicas y Tecnológicas y por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena, Colombia. Las autoridades del plantel educativo, los padres de familia y los estudiantes aceptaron participar, cumpliendo con las

disposiciones colombianas legales vigentes para investigación en salud (20).

Se consideraron adolescentes a los estudiantes cuyas edades se encontraban entre los 13 y 17 años de edad. El grupo objeto de estudio estuvo conformado por estudiantes de séptimo a décimo grado matriculados en un colegio mixto oficial de la ciudad de Cartagena, Colombia. En este plantel la Universidad de Cartagena presta un servicio de promoción de la salud.

Los estudiantes diligenciaron en el aula de clase un cuestionario que incluía las variables sociodemográficas, el rendimiento académico y una escala de autoinforme de síntomas depresivos. Un asistente de investigación orientó sobre la forma de diligenciar el cuestionario y estuvo dispuesto a resolver en forma individual las dudas, evitando inducir respuestas.

Los SDIC fueron cuantificados con la escala de Zung para depresión. Esta escala consta de veinte ítemes con cuatro opciones de respuesta tipo Likert, que se califican de uno a cuatro, y evalúa síntomas durante las dos últimas semanas. Las puntuaciones iguales o superiores a 40 se consideran SDIC (21). Esta escala ha sido utilizada en otros estudios mundiales para cuantificar síntomas depresivos en adolescentes estudiantes con aceptables propiedades psicométricas (22) y muestra similares propiedades en estudiantes de estrato bajo de Cartagena, Colombia (23).

Se evaluó el RA durante el primer semestre del año académico (junio, 2003). El docente director de grupo calificaba el RA en cuatro grupos categorías a partir de los informes cualitativos de calificación y consecución de logros de cada grado. Para el análisis se recodificaron en sólo dos categorías: buen rendimiento, que agrupaba el rendimiento bueno y el aceptable, y mal rendimiento, que incluía el rendimiento malo y el muy malo.

El análisis descriptivo y el bivariado fueron realizados con Epi-Info 6.04c (24). Se determinaron porcentajes, promedios, desviaciones estándares (DE) y razones de prevalencia (RP) con intervalos de confianza del 95% (IC95%). Las asociaciones que mostraron valores de probabilidades menores a 20% se incluyeron como variables confusoras en el análisis multivariado. Por su parte, la regresión logística se realizó en el programa SPSS for windows 13.0 (25). Se aceptaron como diferencias significativas valores de probabilidades menores al 5%.

RESULTADOS

El colegio contaba con un total de 1245 estudiantes, distribuidos en dos jornadas, 668 durante la mañana y 577 durante la tarde. De un total de 667 estudiantes que cursaban entre séptimo y décimo grado de ambas jornadas, 512 adolescentes cumplieran el criterio de edad de inclusión. No participaron 44 estudiantes (6.6%) por ausencia a clases el día de la evaluación o se negaron a participar. No hubo diferencia significativa en las características sociodemográficas del grupo estudiado.

La edad promedio del grupo fue 14.4 años (DE=1.2). En relación con el sexo, 266 (52%) estudiantes eran varones y 246 (48%) mujeres. Por otra parte, se encontró que 134 estudiantes (26.2%) cursaban séptimo grado, 155 (30.3%) octavo grado, 126 (24.6%) noveno grado y 97 (18.9%) décimo grado. La distribución por estrato mostró que 191 (37.3%) vivían en estrato 1, 288 (56.3%) en estrato 2 y 33 (6.4%) en estrato 3. En lo concerniente al RA, los profesores informaron que 157 estudiantes (30.7%) mostraron un mal rendimiento durante el primer semestre del año. Las puntuaciones en la escala de Zung para depresión oscilaron entre 26 y 79 puntos, con una media de 49.2 (DE=9.7). En for-

ma de categoría, 232 estudiantes (45.3%) presentaban SDIC.

Cuando se buscaron asociaciones entre SDIC y las variables estudiadas se encontró una asociación significativa con el sexo, las mujeres presentaban una mayor frecuencia que los varones (57.3% frente a 34.2, $RP=2.58$, IC 95% 1.77-3.77, $p<0.0001$), y con el grado de escolaridad (40.3% en séptimo, 57.4% en octavo, 55.9% en noveno y 66% en décimo; $X^2=17.19$, $gl=3$, $p<0.001$).

Al buscar asociaciones entre RA y las otras variables se encontró una asociación inversa con la edad, los estudiantes con mal rendimiento de 14.7 años ($DE=1.3$) comparada con los estudiantes con buen rendimiento que tenían una edad promedio de 14.3 años ($DE=1.2$) ($t=3.45$, $gl=510$, $p<0.001$). De la misma forma, los varones mostraron mayor porcentaje de mal rendimiento que las mujeres (40.2% frente a 20.3, $RP=2.64$, IC 95% 1.74-4.01, $p<0.0001$). Asimismo, el mal RA se relacionó con el estrato (33.7% en estrato 1, 28.1% en estrato 2 y 18.2% en estrato 3; $X^2=6.51$, $gl=2$, $p<0.05$). Por otro lado, el mal RA mostró una distribución bimodal por grado (26.1% en séptimo grado, 34.8% en octavo, 19% en noveno y 45.4% en décimo grado; $X^2=20.42$, $gl=3$, $p<0.0005$).

Al relacionar SDIC y RA se observó que estos síntomas se encontraban en 46.2% de los estudiantes con buen rendimiento comparado con 43.3% de los estudiantes con mal rendimiento. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0.55$). Esta relación se mantuvo con intervalo de confianza no significativo, aún después de controlar por edad, sexo, grado de escolaridad y estrato socioeconómico ($RP=0.83$, IC95% 0.55-1.26).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran una falta de asociación entre SDIC y RA en adoles-

centes estudiantes de estrato bajo y medio bajo de Cartagena, Colombia.

En la presente investigación no se encontró relación significativa entre SDIC y RA. Wong y Wiest también encontraron una alta prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes *junior* y *senior*; sin deterioro en el RA (9). En otro estudio, Gleid y Pine informaron que los adolescentes deprimidos faltan a clase con mayor frecuencia que los no deprimidos, sin embargo, no observaron que esto impidiera la promoción al grado siguiente, lo que sugiere un rendimiento académico suficiente (10). Asimismo, Campo-Arias et al. encontraron en estudiantes con SDIC de Cartagena, Colombia, que no había una asociación importante con la autopercepción RA durante el último mes (16). En este mismo sentido, Canino et al. hallaron que sólo una parte de niños, niñas y adolescentes que reunían criterios para un trastorno mental presentaban deterioro clínicamente importante en el funcionamiento global (11). Por su parte, Masi et al. concluyeron que el pobre RA está más relacionado con la autopercepción académica que con la presencia de SDIC (12). De igual forma, Chan informó que los SDIC fueron mayores entre los estudiantes que se percibían incompetentes académicamente y no necesariamente presentaba un pobre RA (13). No obstante, contrario a los hallazgos presentados, Díaz et al. encontraron una asociación inversa entre SDIC y RA, a mayor puntuación en SDIC se observaba menor RA (14). Al igual que Campo-Arias et al. encontraron que los estudiantes bumangueses con SDIC presentaban casi dos veces más frecuencia de mal RA (15).

El RA es resultado de la imbricación de múltiples factores (8). Los SDIC pueden estar asociados a un mal RA cuando se suman a otros

factores predisponentes y si los síntomas informados incluyen dificultad para concentrarse y enlentecimiento psicomotor que deterioran las funciones cognitivas necesarias para un adecuado aprendizaje (16,26).

Sin duda, es muy importante identificar SDIC en adolescentes estudiantes, aún cuando los síntomas están por debajo del umbral de la importancia clínica, es decir, que no son suficientes para el diagnóstico de un trastorno depresivo específico. Pickles et al. observaron que SDIC por debajo del límite diagnóstico producían deterioro en el funcionamiento global en un grupo de adolescentes (27). Además, se debe tener presente que los SDIC identificados durante la adolescencia tienden a persistir en el tiempo si no se diagnostican y manejan en forma apropiada (28). Adicionalmente, se ha documentado que los adolescentes deprimidos tienen a largo plazo mayor riesgo de dificultades persistentes en las relaciones interpersonales, comorbilidad psiquiátrica y de suicidio (28-31).

Los resultados de esta investigación muestran que los SDIC no tienen capital importancia para definir en un porcentaje significativo el RA en estudiantes de estrato bajo y medio bajo de

Cartagena, aún después de controlar el nivel socioeconómico. No obstante, este estudio presenta algunas limitaciones. No se evaluaron otros factores que pueden mediar la relación en SDIC y RA como la capacidad intelectual, consumo de sustancias psicoactivas y la presencia de maltrato. De igual forma, se debe tener presente que la escala para depresión de Zung sólo investiga síntomas depresivos, no hace diagnóstico de trastornos depresivos específicos, y tiene en el mejor de los casos un valor predictivo positivo del 50%. No se consideró la percepción que tenía cada estudiante de su RA. Igualmente, es preciso ponderar que se evaluaron síntomas depresivos durante quince días antes de la presente investigación y el RA durante el semestre académico previo.

Se concluye que no existe asociación entre SDIC y RA informada por los docentes en adolescentes estudiantes de secundaria de estrato socioeconómico bajo y medio bajo de la ciudad de Cartagena. Se necesitan estudios orientados a evaluar la constelación de factores causales y asociados con el RA en esta población y en adolescentes estudiantes de estratos socioeconómicos medio alto y alto.

AGRADECIMIENTOS

Nuestra gratitud por la revisión crítica de este informe al doctor Luis Alfonso Díaz Martínez, Médico Pediatra, Especialista en Epidemiología, Maestro en Epidemiología y Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Bucaramanga, y al doctor Edwin Herazo, Médico Psiquiatra y Candidato a Maestro en Bioética, Director del Instituto de Investigación del Comportamiento Humano, consultor en la ciudad de Bogotá.

REFERENCIAS

1. Costello AJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 837-44.
2. Spady DW, Schopflocher DP, Swenson LW, Thompson AH. Prevalence of mental disorders in children living in Alberta, Canada, as determined from physician billing data. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155: 1153-9.
3. Donnelly M. Depression among adolescents in Northern Ireland. *Adolescence* 1995; 30: 339-50.
4. McCracken JT. The epidemiology of child and adolescent mood disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1992; 1: 53-72.
5. Goldberg D. Vulnerability factors for common mental illnesses. *Br J Psychiatry* 2001; 178 (suppl 40): s69-s71.
6. Jessor R, Turbin M, Acosta F. Protective factors in adolescent health behavior. *J Person Soc Psychol* 1998; 75: 788-800.
7. Arancibia V, Herrera P, Strasser K. *Psicología de la educación*. 2ª Edición. México: Alfaomega; 1999.
8. Vásquez R. Bajo rendimiento escolar. En: Leal F. *El pediatra eficiente*. 5ª edición. Bogotá: Panamericana; 1996: 511-20.
9. Wong EH, Wiest DJ. Adolescent depression: link to academic coping and perceived autonomy support. *Education* 1999; 119: 668-73.
10. Gleid S, Pine D. Consequences and correlates of adolescent depression. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156: 1009-14.
11. Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramírez R, et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 85-93.
12. Masi G, Tomaiuolo F, Sbrana B, Poli P, Baracchini G, Pruneti CA, et al. Depressive symptoms and academic self-image in adolescence. *Psychopathology* 2001; 34: 57-61.
13. Chan DW. Depressive symptoms and perceived competence among Chinese secondary school students in Hong Kong. *J Youth Adolesc* 1997; 26: 303-19.
14. Díaz F, Prados M, López S. Relación entre rendimiento académico, síntomas depresivos, edad y género en una población de adolescentes. *Psiquiatría.com* 2002; 6.
15. Campo-Arias A, González SJ, Sánchez ZM, Rodríguez DC, Dallos CM, Díaz-Martínez LA. Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, Colombia. *Arch Pediatr Urug* 2005; 76: 21-6.
16. Campo-Arias A, Díaz CE, Cogollo Z. Factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia: un análisis diferencial por sexo. *Rev Colomb Psiquiat* 2006; 35: 167-83.
17. Hazell P. Depression in children. *Br Med J* 2002; 325: 229-30.
18. Wagner KD. Major depression in children and adolescents. *Psychiatr Ann* 2003; 33: 266-70.
19. Lamarine RJ. Child and adolescent depression. *J Sch Health* 1995; 65: 390-3.
20. Resolución 008430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
21. Zung WWK. Self-report depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 63-70.
22. Liu XC, Ma DD, Kurita H, Tang MQ. Self-reported depressive symptoms among Chinese adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 44-7.

23. Cogollo Z, Díaz CE, Campo A. Exploración de la validez de constructo de la escala de Zung para depresión en adolescentes escolarizados. *Colomb Med* 2006; 37: 102-6.
24. Dean J, Dean DA, Coloumbier D, Brebdel KA, Smith DC, Burton AH, et al. Epi Info 6.04c. A word processing, database, and statistic program for public health. Center for Disease Control and Prevention (Atlanta, USA), and World Health Organization (Geneva, Switzerland); 1997.
25. SPSS for windows 13.0. Chicago: SPSS Inc; 2005.
26. Brent DA, Birmaher B. Adolescent depression. *N Engl J Med* 2002; 347: 667-71.
27. Pickles A, Rowe R, Simonoff E, Foley D, Rutter M, Silberg J. Child psychiatric symptoms and psychosocial impairment. Relationship and prognostic significance. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 230-5.
28. Holsen I, Kraft P, Vitterso J. Stability in depressed mood in adolescence: results from a 6-year longitudinal panel study. *J Youth Adolesc* 2000; 29: 61-78.
29. Hofstra MB, Van Der Ende J, Verhulst FC. Adolescents' self-reported problem as predictors of psychopathology in adulthood: 10-year follow-up study. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 203-9.
30. Fombone E, Wostear G, Cooper V, Harrington R, Rutter M. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. II. Suicidality, criminality and social dysfunction in adulthood. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 218-23.
31. Fergusson DM, Woodward LJ. Mental Health educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 225-31.