SINTOMAS DEPRESIVOS, ACTIVIDAD FISICA, CALIDAD DE VIDA Y SU RELACION CON LA IDEACION E INTENTO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 10 Y 11 GRADO EN UN COLEGIO OFICIAL DEL MUNICIPIO DE PALMAR DE VARELA – ATLANTICO

Dra. SIBELYS FONTALVO HERRERA

Dra. LIZ RUIZ REALES

Tesis de grado presentado como requisito parcial para optar al título de especialista en Psiquiatría.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR

DEPARTAMENTO DE POSTGRADO

ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRÍA

BARRANQUILLA – ATLANTICO – COLOMBIA

2019

SINTOMAS DEPRESIVOS, ACTIVIDAD FISICA, CALIDAD DE VIDA Y SU RELACION CON LA IDEACION E INTENTO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 10 Y 11 GRADO EN UN COLEGIO OFICIAL DEL MUNICIPIO DE PALMAR DE VARELA – ATLANTICO

Dra. SIBELYS FONTALVO HERRERA
Dra. LIZ RUIZ REALES

Tesis de grado presentado como requisito parcial para optar al título de especialista en Psiquiatría.

Asesor científico
ALEXANDRA BORRERO, MD, Psiquiatra
FREDY SANCHEZ, MD, Psiquiatra

Asesor Metodológico
NARLEDYS NUÑEZ, Fisioterapeuta

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO
ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRÍA
BARRANQUILLA – ATLANTICO – COLOMBIA
2019

Dedicatoria

Para nuestras familias, quienes han estado ahí en todo momento.

Sibelys y Liz.

Agradecimientos

Reconocer al gremio de psiquiatras y fisioterapeuta que participaron en este estudio, con sugerencias y anotaciones validas para esta investigación.

TABLA DE CONTENIDO

	Págs.
RESUMEN	11
ABSTRACT	12
INTRODUCCION	13
1. EL PROBLEMA	14
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.2 JUSTIFICACION	18
2. OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO GENERAL	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3. MARCO TEORICO	21
3.1 ENFERMEDAD Y TRASTORNO MENTAL	21
3.2 TRASTORNO DEPRESIVO	23
3.3 ACTIVIDAD FISICA Y DEPRESION	33
3.4 CALIDAD DE VIDA Y DEPRESION	33
3.5 IDEACION SUICIDA Y SUICIDIO	34
3.6 ESCALA DE HAMILTON	36
3.7 KIDSCREEN	37
3.8 CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FISICA PARA ADOLESCENTES (PAQ-A)	38
4. DISEÑO METODOLOGICO	40
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	40
4.2 POBLACION Y MUESTRA	40
4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÒN Y EXCLUSIÒN	40
4.4 PROCEDIMIENTOS GENERALES Y TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS	41
4.5 ASPECTOS ETICOS Y LEGALES	42
4.6 CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	43
4. RESULTADOS	44

5. DISCUSION 55
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 58
BIBLIOGRAFIA 59
ANEXOS 68

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5. 28

Tabla 2. Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según CIE-10. 29

Tabla 3. Criterios de severidad de un EDM. 30

Tabla 4. Distribución de acuerdo a características de sexo y edad de población en estudio. 44

Tabla 5. Distribución de grado de depresión de acuerdo a Escala de Hamilton. 46

Tabla 6. Distribución de presencia de síntomas depresivos según dominios de Escala de Hamilton. 47

Tabla 7. Distribución de sexo y edad según grado depresión. 48

Tabla 8. Distribución de acuerdo a percepción de calidad de vida (KidScreen 52). 49

Tabla 9. Distribución de acuerdo a actividad física (PAQ-A). 50

Tabla 10. Distribución de ideación y/o intento suicida según grado de depresión. 51

Tabla 11. Distribución de ideación y/o intento suicida según calidad de vida (KidScreen 52) 52

Tabla 12. Distribución de ideación y/o intento suicida según actividad física (PAQ-A). 53

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Distribución de acuerdo al sexo.	45
Figura 2. Distribución de acuerdo a la edad.	45
Figura 3. Distribución de grado de depresión de acuerdo a Escala de Hamilton.	46
Figura 4. Distribución del sexo según grado de depresión.	48
Figura 5. Distribución de la edad según grado de depresión.	49
Figura6. Distribución de acuerdo a percepción de calidad de vida (KidScreen 52).	50
Figura7. Distribución de acuerdo a actividad física (PAQ-A).	51
Figura 8. Distribución de ideación y/o intento suicida según grado de depresión.	52
Figura 9. Distribución de ideación y/o intento suicida según calidad de vida (KidScreen 52).	53
Figura 10. Distribución de ideación y/o intento suicida según actividad física (PAQ-A).	54

RESUMEN

La ideación, el intento y el suicidio consumado en adolescentes continúan mostrando datos alarmantes a nivel internacional, nacional y local; sin dejar de lado la prevalencia de depresión en esta población. Con el fin de conocer datos locales se planteó la realización de un estudio descriptivo observacional con aplicación de encuesta, con el objetivo de determinar la frecuencia de signos y síntomas del trastorno depresivo y su relación con la ideación e intento suicida en adolescentes de decimo y once grado de un colegio oficial en el municipio de Palmar De Varela (Atlántico), año 2019. De la misma manera se valoró la relación entre actividad física, calidad de vida y la ideación e intento suicida en esta población. Se aplicó Escala de Hamilton (Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS), Cuestionario de salud y bienestar niños/as y adolescentes de 8 a 18 años (KidScreen-52) para determinación de calidad de vida y Cuestionario De Actividad Física Para Adolescentes (PAQ-A). Se concluyó que la prevalencia de algún grado de síntomas depresivos fue del 78.8%, donde el 16.8% presentó ideación y/o intento suicida, demostrandose una relación directamente proporcional con el grado de sintomas depresivos, así como relación significativa con la baja calidad de vida ($p= 0.02$) y la baja actividad física ($p= < 0.0001$).

Palabras clave: Adolescentes, depresión, ideación suicida, suicidio, calidad de vida, actividad física.

ABSTRACT

Ideation, intent and suicide committed in adolescents continue to show alarming data at the international, national and local levels; without neglecting the prevalence of depression in this population.In order to know local data, an observational descriptive study with survey application was proposed, with the objective of determining the frequency of signs and symptoms of depressive disorder and its relationship with suicidal ideation and attempt in adolescents of the tenth and eleventh Degree of an official school in the municipality of Palmar De Varela (Atlántico), year 2019.In the same way, the relationship between physical activity, quality of life and suicidal ideation and attempt in this population was assessed. The Hamilton Scale (Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)), Health and Wellbeing Questionnaire for children and adolescents from 8 to 18 years old (KidScreen-52) was applied to determine the quality of life and Physical Activity Questionnaire for Adolescents (PAQ -A). It was concluded that the prevalence of some degree of depression was 78.8%, where 16.8% presented suicidal ideation and / or attempt, showing a directly proportional relationship with the degree of depression, as well as a significant relationship with low quality of life ($p = 0.02$) and low physical activity ($p = <0.0001$).

Keywords: Adolescents, depression, suicidal ideation, suicide, quality of life, physical activity.

INTRODUCCION

Las alteraciones en la salud mental están catalogadas como un grupo de signos y síntomas agrupados en la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con La salud, y en el Manual diagnóstico y estadística de los trastornos mentales. La organización mundial de la salud (OMS) la define como una perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias y las normas culturales (1). Entre estas alteraciones se encuentra la depresión, la cual en los últimos años ha tenido gran importancia debido a la alta prevalencia entre el grupo de jóvenes o adolescentes (2), demostrando que este problema de salud mental no es exclusivo de la población adulta y por lo tanto hay que prestarle la adecuada atención, teniendo en cuenta que este trastorno mental se encuentra asociado con la conducta suicida.

Día a día se presentan nuevos problemas en los adolescentes, planteando desafíos para las familias, educadores e inclusive el personal de la salud; es así como los médicos, pediatras, psiquiatras y psicólogos, se enfrentan cada vez más a jóvenes que sufren una serie de conductas que podrían ser interpretadas por sus familiares como extrañas. Conductas que caben dentro de los trastornos de personalidad limítrofe, que se caracterizan por tener una inestabilidad emocional, con falta de control de impulsos, sentimientos crónicos de vacío, dudas acerca de su imagen corporal, baja autoestima y la mayoría de los casos son pacientes que viven en familias disfuncionales, sin mecanismos de autocuidado, lo que genera conductas de autoagresión, como comportamiento suicida, pobre adaptación social. Si estos casos no se intervienen de forma oportuna, cerca del 10% de los afectados puede cometer suicidio consumado (3).

La finalidad de este proyecto de investigación es la de identificar signos y síntomas asociados al trastorno depresivo como factor de alto riesgo para la salud

mental de los jóvenes, que incluso puede llevarlos al caso extremo de acabar con sus vidas si no se le brinda a tiempo la atención especializada. Para tal fin se escogieron de manera específica los estudiantes de la Institución Educativa Técnica Comercial E Industrial de Palmar de Varela (Atlántico), para la realización de esta investigación teniendo en cuenta que el municipio es uno de los que presenta altos índices de ideación e intento de suicidio. Para identificar los signos y síntomas depresivos se empleóEscala de Hamilton (Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS).

Con la elaboración de este proyecto se espera dejar sentada las bases para que a corto plazo los organismos de salud y administración municipal le conceda la debida importancia a la salud mental y específicamente al trastorno depresivo que padecen tanto adolescentes jóvenes como la población adulta en general, siendo imperativo el accionar de programas que lleven a mitigar esta problemática

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La encuesta mundial de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha encontrado que los trastornos mentales tienen alta prevalencia, produce gran discapacidad y con frecuencia no reciben tratamiento, más de la mitad de las personas con alteraciones mentales severas en los países desarrollados no están recibiendo tratamiento adecuado y la situación se agudiza en los países en vías de desarrollo de acuerdo a los estudios realizados por la OMS (4). Esta entidad considera el tema de salud mental como prioritario por este motivo propuso un plan mundial de acción en salud para llevar a cabo desde el año 2013 hasta el 2020, esta iniciativa debía ser aprobada por los ministros de salud en todo el mundo, pero hasta el momento se hace notorio el no cumplimiento de estas directrices en su totalidad.

Los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades en América latina y el Caribe (OPS) y representan una elevada carga de la enfermedad en términos de morbilidad, mortalidad y discapacidad (5). La Encuesta Nacional de Salud Mental publicada de 2015, reporta que 10 de cada 100 adultos de 18 a 44 años y 12 de cada 100 adolescentes tiene algún problema que sugiere la presencia de una enfermedad mental (6). Algunos reportes en nuestro país, describen que tan solo el 23% de los pacientes con algún tipo de trastorno mental recibe tratamiento, el resto ha tenido que aprender a convivir con la depresión, los cambios de personalidad, la ansiedad, los ataques de pánico y las alucinaciones (7). La salud de los Colombianos incluyendo a los adolescentes es cada vez más frágil y a pesar de las continuas alerta de los psicólogos, psiquiatras y asociación de pacientes la situación sigue siendo alarmante, todos estos trastornos son fruto de adversidades asociadas con la disfunción familiar como divorcios, violencia, muerte de alguno de los padres abuso sexual y otros (8).

Según la OMS, “la depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (9). Cuando una persona está triste, no necesariamente se encuentra deprimida; “la depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana” (9).

Aunque la etiología y fisiopatología de la depresión no está del todo clara, existen aspectos biológicos que están relacionados con su aparición; heredabilidad genética, disregulación de los sistemas serotoninérgicos y noradrenérgicos, disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y la influencia de las hormonas sexuales durante la pubertad (8,10). Dentro de los factores ambientales se describe: vivir con un solo padre o con otras personas (no padres), experiencias de pérdida o abuso, antecedente de psicopatología de algún progenitor y un entorno familiar disfuncional (10,11).

La depresión se ha convertido en un problema de salud pública por la carga de enfermedad que genera (la mayor carga es por la discapacidad que produce). Se calcula que en el mundo hay 350 millones de personas que se encuentran afectadas por la depresión; el peor desenlace de la enfermedad es el suicidio. Se estima que cada año se suicidan 800.000 personas en todo el mundo y el grupo de edad más afectado es el de las personas entre 15 y 29 años (9,12).

En el país se han realizado diferentes estudios poblacionales de tipo descriptivo que incluyen información sobre depresión; los últimos son la Encuesta nacional de salud mental de 2015 (ENSM) (13) y la Encuesta SABE 2014-2015 (14). La ENSM de 2015 tamizó población de 12 a 17 años, de 18 a 44 y de 45 años y más; el instrumento utilizado para detectar síntomas de trastornos mentales, entre los cuales está la depresión, fue el Cuestionario de auto-reporte SQR (por sus siglas

en inglés). Recuérdese que el tamizaje no diagnostica, permite la detección de los casos probables (5,13). En los adolescentes se encontró la mayor prevalencia de síntomas de depresión con 15,8%; por regiones, las más afectadas fueron la Central con una prevalencia de 20,9% y la Oriental con 16,2%. La población de 18 a 44 años tuvo la prevalencia más baja de síntomas de depresión y las mujeres están más afectadas. En Bogotá se encontró el mayor número de personas con síntomas depresivos (cinco o más), con una prevalencia de 11,5%, mientras que la región Atlántica fue donde se encontró la prevalencia más baja de síntomas, con 6,6%. La encuesta también estimó la prevalencia de depresión en los últimos 30 días, en los últimos 12 meses y en toda la vida (13). Estos indicadores tuvieron resultados reportados como imprecisos en niños, niñas y adolescentes.

La depresión en niños y adolescentes sigue un curso crónico y prolongado. La mayoría remite de su primer episodio en 7 a 9 meses, sin embargo, ese período se suele asociar a alteraciones a nivel cognitivo con pobre rendimiento escolar, dificultad en las relaciones con pares y familiares, mayor riesgo de abuso de sustancias, ideación suicida, baja calidad de vida, disminución de actividad fisica y nuevos episodios recurrentes (15). Según la OMS del 12% al 25% de los adolescentes presentan alguna idea frente al suicidio, sin embargo, tener estos pensamientos hacen parte del proceso de desarrollo en la adolescencia, en donde los adolescentes buscan e intentan comprender el sentido de la vida y la muerte como parte del ciclo vital, por tanto dentro de las reflexiones existenciales algunos pueden llegar a evaluar esta idea (12).

Desde el año 2009, el fenómeno del suicidio en Colombia ha presentado un comportamiento constante, sin embargo el suicidio es considerado como un problema prevenible de salud pública, según la OMS. El suicidio es la cuarta forma de violencia en nuestro país con una tasa de mortalidad para el año 2016 de 4,74 por cada 100.000 habitantes (16). Para el 2017 los suicidios se incrementaron un 11,30% respecto al 2016. En la última década (2005-2014) el sistema médico legal

colombiano presentó 18336 registros por suicidio**,** es decir 1833 casos promedio por año, con un aumento en niños y adolescentes del 34.4%. Putumayo es el departamento con mayor incidencia con una tasa de 9.73 muertes por cada 100.000 habitantes, seguido de Arauca, Quindío, Guainía, Caldas, Huila y Risaralda (17).

Datos no oficiales muestran que en el municipio de Palmar de Varela está catalogado como uno de los municipios con mayor índice en adolescentes de ideación, intento y suicidios consumados a nivel del departamento del Atlántico; por otra parte, una vez realizada revisión de bases literarias científicas (Pubmed, TripDatabase, HONcodesearch) no se reportan datos locales que describan la relación de signos y síntomas del trastorno depresivo con la ideación e intento suicida en adolescentes, por lo que se plantea el siguiente interrogante de investigación:

¿Cuál es la relación de signos y síntomas del trastorno depresivo, calidad de vida y actividad fisica con la ideación e intento suicida en adolescentes de decimo y once grado de un colegio oficial en el municipio de Palmar De Varela Atlántico, año 2019?

1.2 JUSTIFICACION

Este estudio se justifica sobre las bases que en los últimos años se ha incrementado de manera notoria los casos de alteraciones mentales entre adolescentes y especialmente lo que concierne al trastorno depresivo, sin embargo su afronte es poco conocido, pues hay mayor preocupación por los problemas de salud física que por los de tipo mental. La depresión es un trastorno metal muy frecuente entre los adolescentes y se calcula que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo convirtiéndose en un problema serio de salud principalmente cuando es de larga duración e intensidad moderada o grave que puede llevar al suicidio, según estadística de la OMS cada año se suicidan cerca

de 800 mil personas, siendo la segunda causa de muerte en el grupo etario de quince a veintinueve años (12). Por otra parte recientemente se han ampliado las investigaciones que relacionan actividad física y salud mental, donde se ha descrito la influencia positiva que tiene la actividad física sobre la salud mental incluyendo la depresión, sin embargo esta relación solo se ha demostrado subjetivamente y su comportamiento es bidireccional; similar ocurre con la relación existente entre depresión y la baja percepción de calidad de vida, la cual puede verse afectada negativamente por la depresión.

Otro punto importante por lo cual se justifica esta investigación esta dado pòr el hecho de que Palmar De Varela está relacionada con altos índices de ideación e intentos de suicidio, tanto es así que en el transcurso de los meses de enero a marzo de 2017 dos estudiantes adolescentes de una institución escolar decidieron acabar con su vida.

Para las investigadoras este estudio es de suma importancia ya que con el resultado obtenido se estará contribuyendo a hacer visible esta problemática y a que los organismos de salud pongan en marcha de manera inmediata programas que contribuyan a mejorar la calidad de la salud mental de los adolescentes como medida preventiva, y para aquellos adolescentes que sean diagnosticados posteriormente se les brinde el tratamiento adecuado en el menor tiempo posible.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de signos y síntomas del trastorno depresivo y su relación con la ideación e intento suicida en adolescentes de décimo y once grado de un colegio oficial en el municipio de Palmar De Varela (Atlántico), año 2019.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la población de acuerdo a variables sociodemográficas.

- Identificar signos y síntomas de depresión en adolescentes de decimo y once grado de una institución educativa del municipio de Palmar De Varela.

- Identificar la relación existente entre actividad física, calidad de vida y síntomas depresivos con la ideación e intento suicida en la población en estudio.

3. MARCO TEORICO

3.1 ENFERMEDAD Y TRASTORNO MENTAL

El término de “enfermedad” hace referencia a alteraciones patológicas que tienen una etiología orgánica específica, mientras que el término “trastorno” implica una alteración cuyo origen no se puede precisar (18).

En psiquiatría no ha sido posible definir “enfermedad mental y “trastorno mental”, aunque ambos términos hacen referencia a alteración de la esfera psíquica, cuando se habla de enfermedad mental se entiende que la etiopatogenia es concreta, pero este concepto no se aplica a todas las alteraciones de la psiquis, debido que muchasdeestastienen un origen multifactorial difícil de precisar, con una causa o consecuencia somática, por lo tanto como no es posible agrupar las alteraciones psíquicas en enfermedad o trastorno mental, la Asociación Americana de Psiquiatría y la Organización Mundial de la Salud, han decido establecer en sus criterios diagnósticos de DSM-5y CIE-10 respectivamente, utilizar el término “trastorno” para universalizarlo con la intensión que tanto clínicos e investigadores puedan entenderse (19).

3.1.1 Salud mental del niño y el adolescente. La OMS define la adolescencia como el periodo que se presenta después de la niñez y antes de la edad adulta coincidiendo con el inicio de la pubertad, etapa donde se desarrollan los caracteres sexuales secundarios y se adquiere capacidad de reproducción (20).Este periodo comprende de los 10 a los 19 años de edad, caracterizándose por cambios físico, cognoscitivo, emocional y social, que le permiten desarrollar aptitudes, habilidades y capacidades para la elaboración de proyectos de vida, alcanzando de esta manera la independencia y el progreso personal, profesional y social propio de la adultez (21).

La niñez y la adolescencia son etapas críticas para el fomento de la salud mental positiva. Individuos con una salud mental positiva tienen relaciones interpersonales que propician satisfacción personal y convivencia armónica, son capaces de aprender, enfrentar retos y resolver problemas, logran su potencial y contribuyen al bienestar de la sociedad. Para contar con una salud mental positiva, los niños, niñas y adolescentes requieren un entorno que les proporciona seguridad, respeto y amor para desarrollar un concepto positivo de sí mismos y un trato similar con los demás, un entorno con cierta estabilidad que les proporciona suficientes elementos para saber qué esperar de su entorno, oportunidades de crecimiento consecuencias claras, consistentes y apropiadas de sus acciones (22).

Sin disminuir la relevancia de los factores individuales, fisiológicos genéticos en el desarrollo de la psicopatología, se sabe quela salud mental resulta altamente perjudicada por la adversidad social crónica en la cual viven muchos jóvenes (23), como la violencia en sus hogares, escuelas y comunidades, las familias disfuncionales sin reglas claras, una alta disponibilidad de sustancias ilícitas, un ambiente de impunidad, la explotación en todas sus formas ya falta de oportunidades de desarrollo (24).

Datos epidemiológicos revelan que a medida que los niños y niñas entran en la adolescencia se incrementa el riesgo de alteraciones en las emociones y del comportamiento. Las niñas en comparación con los niños son más vulnerables a padecer de alteraciones en las emociones, baja autoestima y síntomas depresivos que pueden conllevar a la ideación suicida y en casos extremos al acto suicida. Por el contrario en los niños son más frecuentes las conductas disruptivas que constituyen alto riesgo tanto para ellos como para la sociedad (25).

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5) (19), la depresión se encuentra relacionada con signos como la tristeza,

la desesperanza, la disminución del interés en las actividades que antes se evaluaban como placenteras, la culpabilidad, el llanto frecuente. Signos que de una u otra manera influyen en la aparición de pensamientos e ideas suicidas; pensamientos de terminar con la propia existencia (26). Otro autor indica que las experiencias o eventos negativos como los cambios físicos, las relaciones con los pares, los conflictos existenciales, espirituales y familiares, constituyen grandes predictores para la consumación de suicidio en adolescentes (27,28).

Según la literatura científica la depresión asociada a baja autoestima la cual se define como “la disposición a considerarse competente frente a los desafíos básicos de la vida y sentirse merecedor de la felicidad” (29), favorecen la presencia de ideación suicida (28). Philippi y Rosselló (30), quienes hallaron en una muestra puertorriqueña de adolescentes, relación significativa entre autoconcepto e ideación suicida. De la misma manera, Roselló yBerrios (31), sobre una muestra adolescente encontraron diferencias significativas de depresión y autoestima entre un grupo de baja ideación y alta ideación suicida.

Fernández y Merino, (32) señalan que la autoestima y la depresión predicen la ideación suicida en adolescentes entre 16-19 años. En Colombia, Carvajal y Virginia, encontraron un 20% de prevalencia de pensamientos suicidas en adolescentes entre 14 y 17 años, este estudio identificó su asociación con intentos previos, baja autoestima, depresión y pertenecer a una familia disfuncional (33).

3.2 TRASTORNO DEPRESIVO

El trastorno depresivo es una alteración de la esfera psíquica que se caracteriza por afectar la función ejecutiva, emocional y motora, asociada a alteraciones somáticas. El DSM-5 lo define como un estado de ánimo bajo, acompañado de apatía, sentimiento de minusvalía, alteración del sueño y del apetito, inhibición motora, ideación suicida y disfunción ejecutiva (18,19).

Un estado de ánimo bajo o deprimido se caracteriza por la presencia de pensamientos y sentimientos negativos de sí mismo, del entorno y del futuro (15).

3.2.1 Etiología. La etiología del trastorno depresivo es multifactorial, de componente biológico, genético y ambiental, sin embargo en la mayoría de los casos existe una confluencia de diversos factores que aumentan el riesgo de la persona de desarrollar este trastorno (8,18).

- **Factores genéticos:** corresponden a la presencia de genes de riesgo para depresión. Es así como las personas vulnerables genéticamente tienen mayor riesgo de desarrollar sintomatología depresiva (34 -37).
- **Factores biológicos**: abarcan la hipótesis monoaminérgica, disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y la influencia de hormonas sexuales. En la hipótesis monoaminérgica existe un déficit de neurotransmisores, siendo los más importantes la serotonina, noradrenalina y dopamina, los cuales son los causantes de los diferentes síntomas. La desregulación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal es causada por la afección del hipocampo debido a niveles elevados de glucocorticoides generados por el estrés, desencadenando alteración cognitiva y emocional (38).
- **Factores ambientales:** situaciones de estrés continuo, experiencias negativas (maltrato físico, psíquico, abuso sexual) y disfuncionalidad familiar aumentan el riesgo para el desarrollo de depresión (8,34-38).

Es así como no solo es suficiente la presencia de uno de los factores, ya las personas vulnerables genéticamente al estar expuesta a factores ambientales que le generen estrés pueden causar alteración del hipocampo o del lóbulo frontal produciendo desregulación de neurotransmisores y así ocasionar síntomas depresivos.

Por un lado, las teorías neurológicas clásicamente aceptadas tratan de explicar la depresión, tienen una base fundamentalmente empírica basada en estudios acerca del estrés psicosocial, las hormonas del estrés o los neurotransmisores como la serotonina (5HT), noradrenalina (NA) y dopamina (D) (39). Por ello, las terapias psicofarmacológicas han buscado modular la neurotransmisión, con una perspectiva un tanto reduccionista que podría estar dificultando nuestra comprensión del problema y haciéndonos errar en el enfoque del tratamiento. De hecho, actualmente se desconoce el mecanismo exacto por el cual los medicamentos antidepresivos ejercen su función, aunque se emplean de forma empírica. Se ha demostrado que el tratamiento de elección actual es efectivo para muchos pacientes, sin embargo, alrededor del 20% de estos no responden a ninguna intervención (40) lo que subraya la necesidad de hallar nuevas terapias (41). Por otro lado, en los últimos años, se han desarrollado nuevas técnicas de imagen que permiten complementar los puntos de vista etiológicos clásicos. Es un ejemplo la técnica RMN dependiente de los niveles de oxígeno (BOLD) que está arrojando luz en la identificación de ciertos cambios, que se producen en el funcionamiento del cerebro con depresión (39).

3.2.2 Cuadro Clínico. Clínicamente los síntomas del trastorno depresivo pueden dividirse en:

- **Afectivos:** los síntomas que predominan son el ánimo deprimido y disminución de la capacidad de sentir placer. También se presenta apatía, ansiedad, irritabilidad, sentimiento de minusvalía, vacío, culpa, desesperanza.
- **Somático**: cansancio, fatiga, hipersomnia o insomnio, inapetencia, cambios en el peso, dolores físicos generalizado, síntomas autonómicos de origen inespecífico (boca seca, sudoración, palpitaciones, sensación de ahogo).
- **Cognitivos:** se caracteriza por alteración de la concentración, memoria, disminución en la capacidad para la toma de decisiones, ideación suicida.

- **Conductuales:** cambios comportamentales como el enlentecimiento motor, aislamiento social, descuido en su apariencia personal, inquietud motora o agitación, conductas autodestructivas.

La clínica básica de la depresión mayor en niños y adolescentes es similar a la de los adultos, aunque con algunas variaciones relacionadas con el nivel madurativo. En estas etapas, por ejemplo, la irritabilidad constituye un síntoma característico de la depresión, y también varíala frecuencia de los distintos síntomas (27). Las principales manifestaciones sintomáticasen los adolescentes conductas negativistas y disóciales, abuso de alcohol y sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor y agresividad, hurtos, deseo e intentos de fugas, sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento, descuido del aseo personal y autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, anhedonia y cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima) (28). Se presentan con más frecuencia pensamientos relativos al suicidio e intentos de suicidio. Es frecuente que el trastorno depresivo se presente asociado a trastornosdisóciales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos por abuso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria (8,18,39).

Estudios prospectivos demuestran que las niñas sufren más de trastornos de ansiedad que los niños y a menudo este trastorno precede a trastornos de depresivos durante la adolescencia (28,31). En los niños son más comunes los trastornos del comportamiento los cuales se extienden hasta la adolescencia, exhibiendo conductas más agresivas que las niñas (42).

3.2.3 Clasificación. Según el DSM-5 y CIE-10 la depresión se clasifica según la presentación e intensidad (19).

Episodio Depresivo Mayor: se caracteriza por presencia de ánimo depresivo y pérdida del interés por un periodo de 2 semanas en el cual la persona tiene sentimientos de culpa, desanimo, desesperanza, indiferencia hacia las actividades que con anterioridad disfrutaba. Además estos síntomas pueden acompañarse de cambios en el apetito, dificultad para conciliar o mantener el sueño o por el contrario excesiva somnolencia durante el día, falta de energía, dificultad para concentrarse, pensamientos de muerte recurrente, estructuración de plan suicida e intento de suicidio (8,19,38,43).

Trastorno Depresivo Mayor: es la presencia de uno o más episodios depresivos mayores.

- **Episodio único**: presencia de un único episodio depresivo mayor.
- **Episodio recurrente:** es la presencia de varios episodios depresivos mayores, que dependiendo de la intensidad puede ser leve, moderado o severo. El episodio depresivo recurrente severo puede acompañarse o no de síntomas psicóticos. No existe antecedente de episodio maniaco o hipomaniaco.
- **Distimia:** se caracteriza por una depresión leve con ligero deterioro de la actividad social, familiar o laboral, que tiene una duración mayor a dos años, con periodos asintomáticos inferiores a 2meses.
- **Otros Trastornos Depresivos**: corresponden a la presencia de síntomas depresivos que no cumplen por completo los criterios diagnósticos para trastorno depresivo mayor o trastorno distímico.

A este grupo corresponden el Trastorno disfórico premenstrual el cual está relacionado con el ciclo menstrual, presentándose en la fase lútea y desapareciendo a los pocos días de inicio de menstruación. El Trastorno depresivo menor se presenta con dos semanas de síntomas pero con menos de 5 ítems requeridos para el Trastorno depresivo mayor (8,18).

3.2.4 Criterios diagnósticos.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5 (19).

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer. 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas. 2. Disminución importante del interés o placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte de día, casi todos los días. 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días. 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días. 6. Fatiga o perdida de energía casi todos los días. 7. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días. 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días. 9. Pensamiento de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección medica
D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaníaco.

Fuente: Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders DSM-5. American PsychiatricAssociation. 2015.

Tabla 2. Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según CIE-10 (44).

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactiva o a trastorno mental orgánico
C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten el menos cuatro o más de las siguientes características: • Pérdida importante de interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras. • Ausencia de reacción emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta • Despertarse por la mañana dos o masoras antes de la hora habitual • Empeoramiento matutino del humor depresivo • Presencia de enlentecimiento motor o agitación • Perdida marcada del apetito • Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes • Notable disminución del interés sexual.

Fuente: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10).

La depresión en niños y adolescentes sigue un curso crónico y prolongado. La mayoría remite de su primer episodio en 7 a 9 meses, sin embargo, ese período se suele asociar a alteraciones a nivel cognitivo con pobre rendimiento escolar, dificultad en las relaciones con pares y familiares, mayor riesgo de abuso de sustancias, ideación suicida y nuevos episodios recurrentes (10,15).

Los principales diagnósticos diferenciales de los trastornos depresivos durante la infancia y adolescencia incluyen: trastorno adaptativo, bipolar o ansioso, uso de sustancias o fármacos (anticonceptivos y corticoides), y enfermedades orgánicas tales como anemia, hipotiroidismo, epilepsia y déficit de vitamina B12 (10,44,45).

Estimar la severidad de un episodio depresivo permite optimizar la elección de un tratamiento, planificar el seguimiento más adecuado y establecer un pronóstico.

En la tabla 3, se resumen los criterios de severidad para unEpisodio Depresivo Mayor (EDM).

Tabla 3: Criterios de severidad de un EDM.

Leve	Moderado	Severo
5 síntomas (al menos uno disforia o anhedonia). Impacto leve en el funcionamiento.	6-7 síntomas (al menos uno disforia o anhedonia). Mayor dificultad en el funcionamiento.	Más de 7 síntomas. Puede acompañarse de alucinaciones, delirios y riesgo suicida. Impacto grave en funcionamiento.

Fuente: Reyes A. Diagnóstico y manejo de la depresión en niños y adolescentes en atención primaria. PUC.2019;1-6

3.2.5 Tratamiento. El tratamiento del trastorno depresivo consiste en manejo farmacológico y no farmacológico (18). El manejo farmacológico consiste en el uso de antidepresivos. La psicoterapia hace parte del manejo no psicofarmacológico. El empleo de un manejo farmacológico o no farmacológico dependerá de la severidad de los síntomas, adherencia al tratamiento y las comorbilidades que se presenten (36).

3.2.5.1 Antidepresivos. Los antidepresivos son los fármacos usados en el trastorno depresivo, sin embargo también son usados en otras patologías psiquiátricas. Los antidepresivos se clasifican en varios grupos de acuerdo al mecanismo de acción, tales como Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS), Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRSN o duales), Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Noradrenalina (ISRN), Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Dopamina (ISRD), Antidepresivos tricíclicos, Inhibidores de la Monoamino oxidasa (IMAO) (36,38,39).

Los antidepresivos ISRS, IRSN, ISRN e ISRD tienen un mecanismo de acción similar, al actuar sobre los transportadores que conducen al almacenamiento de los neurotransmisores y basados en la hipótesis monoaminérgica, evitan la

recaptación de neurotransmisores aumentando los niveles de estos y así disminuyen los síntomas depresivos (38,39).

Los antidepresivos tricíclicos bloquean los transportadores de noradrenalina y actúan sobre algunos receptores de serotonina mejorando la sintomatología depresiva. Por su parte los IMAO inhiben la enzima encargada de degradar serotonina, dopamina y noradrenalina,logrando el aumento de los niveles de estos neurotransmisores y por consiguiente mejorando los síntomas depresivos (36-39).

En la actualidad el uso de los IMAO ha disminuido debido a los múltiples efectos secundarios e interacción con medicamentos y alimentos que afectan la adherencia al tratamiento (18,39). De todas las opciones farmacológicas, los ISRS son los antidepresivos de primera elección por tener mejor tolerancia y seguridad, con menores efectos adversos durante el inicio del tratamiento (36,37).

En niños y adolescentes según la Academia Americana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes (AACAP) el uso de antidepresivos está indicado cuando eldeteriorofuncional sea importante o la respuesta a la psicoterapia no alcance los objetivos propuestos (15,35,37).

Una revisiónsistemática del año 2012 que evaluó la efectividad de los ISRS en comparación con placebo; concluyó que hay una diferencia estadísticamente significativa a favor de los antidepresivos en la remisión de síntomas (RR 1.17 IC 95% 1.09-1.25). Al analizar por subgrupo de fármacos, sólo la fluoxetina y sertralina demostraron ser mejor que placebo (RR 1.47 IC 95% 1.03-2.08 y RR 1.18 IC 95% 1.01-1.38 respectivamente) (46).

3.2.5.2 Psicoterapia. El manejo psicoterapéutico puede usar diferentes tipos o modelos.

- **Modelo cognitivo**:corresponde a las técnicas usadas para modificar los pensamientos o actitudes negativas y asimismo reacondicionar los patrones comportamentales.
- **Modelo conductual:** son las estrategias empleadas con el objetivo de reducir conductas disruptivas y resaltar los comportamientos positivos.
- **Modelo psicoanalítico:**las técnicas empleadas consisten en hacer que el individuo sea consciente de aquellos procesos internos que determinan su comportamiento y emociones (8,18).

Una revisión sistemática del año 2007, cuyo objetivo fue determinar el beneficio clínico de esta intervención en comparación con placebo; concluye que el tratamiento por al menos 8 semanas de psicoterapia es efectivo para la remisión de síntomas depresivos en niños y adolescentes (RR 1.39 IC 95% 1.18-1.65). Dicha mejoría, sin embargo, no se mantiene a los 6 meses de seguimiento (RR 1.18 IC 95% 0.94-1.47) (47).

En el año 2014 una RS evaluó la efectividad de psicoterapia en comparación con farmacoterapia en niños y adolescentes con depresión, la cual no mostró diferencias significativas entre un grupo y otro; tanto para la remisión de síntomas post tratamiento como tampoco al seguimiento de 6 meses (OR 0.62 IC 95% 0.28-1.35 y OR 0.83 IC 95% 0.27-2.60 respectivamente) (48).

La misma revisión mencionada en la comparación anterior evaluó, terapia combinada v/s psicoterapia sin encontrar diferencias a corto ni largo plazo en la remisión de síntomas (OR 1.61 IC 95% 0.38-6.9 y OR 2.55 IC 95% 0.78-8.36 respectivamente). De la misma manera terapia combinada v/s antidepresivos sin encontrar diferencias en la remisión de síntomas a los 2 y 6 meses de tratamiento (OR 1.50 IC 95% 0.99-2.27 y OR 1.93 IC 95% 0.93-4.0 respectivamente (48).

3.3 ACTIVIDAD FISICA Y DEPRESION

En los últimos tiempos, se ha estudiado la aplicación de actividad física como tratamiento y/o prevención de la depresión y los síntomas depresivos (49). En este sentido, países como, Reino Unido, Estados Unidos y Australia, han desarrollado pautas de actividad física relacionadas con la salud, que por lo general recomiendan que todos los adultos hagan al menos 30 minutos de actividad física moderada, todos o casi todos los días de la semana (50) Chie fMedical Officer's Report [CMOR] (51). Estas directrices fueron desarrolladas para mejorar la salud de la población y para prevenir enfermedades como la diabetes tipo 2 y la hipertensión (52). Sin embargo, se ha estudiado relativamente poco la dosis óptima de actividad física que se requiere para prevenir la depresión o para atenuar sus síntomas (53).

Estudios previos se han centrado en el análisis de la relación entre actividad física y depresión (49,54-58). Estos trabajos, en general, llegan la conclusión de que la actividad física se asocia positivamente con la salud mental, ejerciendo una función preventiva, incluyendo en adolescentes (53).

Sin embargo, se sabe que se puede dar una relación bidireccional: en un sentido (padecer depresión da como resultado una reducción de la actividad física) u otro (la falta de activad física induce sentimientos disfóricos) (53,59).

3.4 CALIDAD DE VIDA Y DEPRESION

Las cualidades humanas se han venido estudiando en los últimos 15 años, en países anglosajones especialmente, encontrándose en numerosas investigaciones que la resiliencia, el optimismo, la felicidad, la espiritualidad/autotrascendencia, entre otras, protegen la salud física y mental y ayudan a tener mayor bienestar y calidad de vida física y mental, además de que llevan a tener mayor satisfacción con la vida, fomentan los sentimientos de esperanza, las emociones positivas y el crecimiento personal" (60). Ahora bien, los estudios enmarcados desde el campo

infanto-juvenil son muy pocos y más bien recientes, y se han centrado en fortalezas personales como espiritualidad (trascendencia), optimismo, felicidad, gratitud, sentido de vida, sentido del humor, entre otros (61). Los estudios en el área han sido de tipo descriptivo correlacional encontrándose en común en todos estos constructos que aminoran las emociones negativas como la depresión, el estrés y el pesimismo (62,63).

De otro lado, también se encuentra en la literatura estudios sobre calidad de vida y su relación con algunas variables positivas como resiliencia (64). Según Quiceno (65) la calidad de vida infantil (CVI) se define como "la percepción del bienestar físico, psicológico y social del niño(a) y adolescente dentro de un contexto cultural específico de acuerdo a su desarrollo evolutivo y sus diferencias individuales". La mayoría de las investigaciones de CVI se han centrado en el ámbito de la pediatría, con población general aunque son minoritarios (66), en salud mental (67) y en niños/adolescentes expuestos a desastres naturales (68). Especialmente en el ámbito académico se cuenta con estudios aislados como el de Quinceno y Jimenez en estudiantes universitarios donde se ha estudiado la relación de la depresión con la CVRS (69,70) y el estudio de Restrepo, Vinaccia y Quiceno (71) con adolescentes escolarizados donde se encontró que la percepción de calidad de vida en los adolescentes puede verse modulada positiva o negativamente por la resiliencia y la depresión (63).

3.5 IDEACION SUICIDA Y SUICIDIO

El suicidio es la consecuencia más grave de la depresión, convirtiéndose en un problema de salud en muchas sociedades, el cual va en aumento no solo en adultos sino también en personas jóvenes (72).El suicidio es definido como el acto de dar muerte a sí mismo de forma voluntaria (73). La ideación suicida es la presencia de pensamientos de muerte que pueden involucrar la estructuración de un plan y en muchos casos precede a las conductas suicidas, las cuales corresponden a toda acción autolítica o autoagresiva (74). Entre las conductas

suicidas se encuentran el gesto suicida, el intento de suicidio y el suicidio consumado. El gesto suicida es el acto aparente de autoagredirse sin tener la intensión real de morir y en la cual no se ocasiona lesión alguna. El intento de suicidio diferencia del gesto, se produce una lesiónautoinfligidaa través de un método con el propósito de morir, sin llegar a conseguirlo debido a fallas en el método, baja letalidad de este o por intervención de terceros. El suicidio consumado es el intento suicida con resultado fatal (72).El suicidio por imitación, consiste en la conducta suicida que impulsa y motiva a grupos poblacionales similares a cometer el acto suicida (72-74).

El suicidio se encuentra entre las primeras causas de muerte en adolescentes con una tendencia creciente. La conducta suicida incluye las tentativas de suicidio, la ideación suicida y la conducta autolesiva. Es importante mencionar que este tipo de comportamientos no siempre se encuadra en el proceso de un trastorno depresivo(75).

Existen pocos estudios epidemiológicos sobre el comportamiento suicida. La mayoría de los estudios se centran en casos de suicidio consumado, por lo que las cifras obtenidas probablemente subestiman la prevalencia real. En la población pediátrica el suicidio se va haciendo más prevalente con la edad, alcanzando un pico entre los 19 y los 23 años (76).

En Colombia el suicidio es la cuarta causa de mortalidad y la segunda en jóvenes y que solo en el año 2017 los suicidios se incrementaron en 11.3% (17); entre 6 y 7 personas se quitaron la vida cada día en Colombia en los primeros ocho meses del año. Las cifras son mayores a 2017 y 2018 con 1.720 episodios, los registros de los últimos 10 años indican que el suicidio ha ido en aumento lento pero progresivo. Con excepción de un dato: mientras que en el 2008 la tasa de suicidios era de 4,5 por cada 100.000 habitantes, en los últimos dos años no ha bajado de 5 por cada 100.000 habitantes. Aunque el aumento en las cifras de esta

tragedia abarca varias edades, llama la atención el rango de los menores de edad, mientras que en el 2015 se reportaron 645 casos, en el 2016 subieron a 724, en 2017 llegaron a 791 (17).

3.6 ESCALA DE HAMILTON (Anexo 1)

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depresión rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias (77).

Si bien su versión original constaba de 21 ítems (78), posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems (79), que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva (80). Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas (80,81) como ambulatorios(82).

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE (83), guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte: No deprimido: 0-7 Depresión ligera/menor: 8-13 Depresión moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23 (77).

Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25% (84). La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo (85).

3.7 KIDSCREEN (Anexo 2)

El cuestionario KIDSCREEN valora subjetivamente la salud y el bienestar de niños y adolescentes (calidad de vida relacionada con la salud, CVRS). Estos han sido desarrollados para ser autoadministrados a niños y adolescentes, tanto sanos como con problemas crónicos de salud, de edades comprendidas entre los 8 y los 18 años (86).

Dimensiones. El cuestionario KIDSCREEN-52 mide 10 dimensiones de CVRS en una escala Rasch: Bienestar físico, Bienestar psicológico, Estado de ánimo, Autopercepción, Autonomía, Relación con los padres y vida familiar, amigos y apoyo social, entorno escolar, aceptación social (Bullying), y recursos económicos. Se construyó y probó en una prueba piloto utilizando los datos de más de 3000 niños y adolescentes europeos (86).

Propiedades psicométricas. La validez convergente y discriminante fueron evaluadas utilizando información sobre la salud física (Children WithSpecialHealth Care Need sscreener for parents, CSHCN) y mental (Strength and DifficultiesQuestionnaire, SDQ) de los niños y adolescentes. Por ejemplo, se encontraron correlaciones de hasta 0,55, entre las dimensiones del KIDSCREEN y la frecuencia de síntomas psicosomáticos. Además, también se analizó en cada país la relación entre otros instrumentos de CVRS nacionales para niños y adolescentes y el instrumento KIDSCREEN-52, mostrando resultadossatisfactorios (86).

Tiempo requerido. Para contestar el KIDSCREEN-52 sólo se requieren 15-20 minutos. Proporciona un perfil de salud y permite una interpretación de las diez dimensiones (86).

3.8 CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FISICA PARA ADOLESCENTES (PAQ-A) (Anexo 3)

Los instrumentos más precisos para medir la actividad física, como el agua doblemente marcada, la observación directa o la calorimetría indirecta, requieren mucho tiempo, son complejos, y resultan caros e inviables para valorar grandes grupos de población (88). Otras alternativas disponibles son los monitores de movimiento y frecuencia cardiaca que, aunque con un menor precio, resultan también difíciles de utilizar para valorar grandes poblaciones (88). Los cuestionarios son, por tanto, la única herramienta viable para valorar la actividad física que realizan niños y adolescentes cuando se quieren obtener datos en grandes poblaciones (89).

Uno de los cuestionarios más utilizados para este grupo de edad es el cuestionario de actividad para adolescentes PAQ- *(Physical Activity Questionnairefor Adolescents) (90)*. El PAQ-A es un cuestionario sencillo que valora la actividad física que el adolescente realizó en los últimos 7 días. El resultado global del test es una puntuación de 1 a 5 puntos que permite establecer una graduación en el nivel de actividad física realizada por cada adolescente. La actividad física medida por el PAQ-A ha encontrado asociaciones con indicadores de adiposidad, contenido mineral óseo, variabilidad en la frecuencia cardiaca, así como ciertos indicadores psicológicos (competencia deportiva, satisfacción corporal, ansiedad) (91-94). Además, el PAQ-A permite conocer en qué momentos del día y la semana los adolescentes son activos. El PAQ-A se incluye dentro de la denominada "familia PAQ" que comprende cuestionarios muy similares para valorar la actividad física en tres grupos de edad: en niños de entre 8-12 años mediante el PAQ-C (94<9 *(Physical Activity Questionnairefor Children)*, en

adolescentes entre 13-18 años con el PAQ-A, y en adultos usando el PAQ-AD (95-96) *(Physical Activity Questionnairefor Adults)*(89).

4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo observacional con aplicación de encuesta, diseñado bajo el paradigma cuantitativo con el objetivo de determinar la relación de signos y síntomas del trastorno depresivo con la ideación e intento suicida en adolescentes de decimo y once grado de un colegio oficial en el municipio de Palmar De Varela Atlántico, año 2019.

4.2 POBLACION Y MUESTRA

La población corresponde a 218 adolescentes estudiantes de los grados 10 y 11 de la Institución Educativa Técnica Comercial E Industrial de Palmar de Varela (Atlántico), en los cuales se aplicó Escala de Hamilton (Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS)); la muestra está constituida a conveniencia por 172 adolescentes cuya escala de Hamilton presentó resultado positivo ≥ 8 para depresión;así mismo se aplicó Cuestionario de salud y bienestar niños/as y adolescentes de 8 a 18 años (KidScreen-52) para determinación de calidad de vida y Cuestionario De Actividad Física Para Adolescentes (PAQ-A).

4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.3.1 Criterios de inclusión

- Adolescentes entre los 14 a 18 años.
- Estudiantes de 10 y 11 grado matriculados en Institución Educativa Técnica Comercial E Industrial de Palmar de Varela.
- Escala de Hamilton ≥ 8 para depresión.
- Participación voluntaria en estudio y con autorización de adulto responsable (consentimiento informado).

4.3.2 Criterios de exclusión

- Aquellos en quienes los tutores nieguen autorización de participación en el estudio.
- Datos incompletos en encuestas y formularios.

4.4 PROCEDIMIENTOS GENERALES Y TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

Una vez fue autorizado la realización de este proyecto de investigación, se procedió a realizar socialización con las directivas de la Institución Educativa Técnica Comercial E Industrial de Palmar de Varela (Atlántico), con profesores, alumnos de los grados 10 y 11, asícomo sus padres de familia o responsables, explicándose las razones y alcances de esta investigación; se socializó igualmente consentimiento informado y en aquellos menores en que sus padres o responsables aceptaron su ingreso de procedió individualmente en estos menores a aplicar Escala de Hamilton (Hamilton Depresion Rating Scale (HDRS)), esta con el fin de determinar signos o síntomas depresivos; posteriormente y de manera grupal se socializó y aplicó Cuestionario de salud y bienestar niños/as y adolescentes de 8 a 18 años (KidScreen-52) para determinación de calidad de vida y Cuestionario De Actividad Física Para Adolescentes (PAQ-A). Los tres cuestionarios aplicados han sido validados en idioma español en diferentes paneles de expertos y aplicados en diversos estudios.

Los datos de las encuestas seleccionadas fuerontabulados en programa Epi-Info 7.1, utilizando estadística descriptiva con frecuencias absolutas, porcentajes, en variables cuantitativas se valoran media estadística, desviación estándar y percentiles con un índice de confianza del 95%, se realiza regresión logística, considerándose diferencias signicativas si $p< 0.05$. Los resultados son presentados en forma de tablas.

4.5 ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

Según el art 11 de la resolución 8430 de 1993, se puede clasificar a este trabajo de investigación en “INVESTIGACIÓN SIN RIESGO”. Esta investigación no genera amenaza sobre la integridad física de los pacientes incluidos en el estudio, de la misma manera se guarda confidencialidad, privacidad de los documentos evaluados. El protocolo de esta investigación fue aprobado por el comité de ética de la Universidad SimónBolívar siguiendo las normas de Helsinki y cuenta con el consentimiento informado de los padres o responsables de menores.

4.6 CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

IDENTIFICACION	DEFINICION	CLASE	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA
SEXO	Diferencia fenotípica de los órganos genitales externos	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
EDAD	Edad al momento de ingreso al estudio	Cuantitativa	Razón	14 – 16 años 17 – 18 años
LIMITACION	Si tiene algún tipo de limitación física	Cualitativa	Nominal	Si No
ESCALA HAMILTON	Escala para la evaluación de la depresión (Hamilton depresión rating scale (HDRS)), valoración conjunta de 17 dominios	Cuantitativa	Interval	0 – 7 (no deprimido) 8–13(depresión leve) 14–18 (depresión moderada) ≥ 19 (depresión severa)
SINTOMAS DEPRESIVOS	Valoracion de presencia de síntomas de acuerdo a dominios en Escala de Hamilton	Cualitativa	Nominal	Si No
KIDSCREEN 52	Cuestionario de salud y bienestar niños/as y adolescentes de 8 a 18 años. Mide 10 dimensiones de CVRS en una escala Rasch: Bienestar físico, Bienestar psicológico, Estado de ánimo, Autopercepción, Autonomía, Relación con los padres y vida familiar, amigos y apoyo social, entorno escolar, aceptación social (Bullying), y recursos económicos	Cuantitativa	Razón	≤ 50:Baja percepción de calidad de vida >50: Adecuada percepción de calidad de vida
PAQ-A	Cuestionario que valora la actividad física que el adolescente realizó en los últimos 7 días	Cuantitativa	Razón	1– 2:Baja actividad fisica 3: Moderada actividad física 4- 5: Adecuada actividad física

5. RESULTADOS

Se realizaron un total de 218 encuestas (Hamilton Depresion Rating Scale), en adolescentes entre los 14 a 18 años de los grados 10 y 11 de la Institución Educativa Técnica Comercial E Industrial de Palmar de Varela (Atlántico), de estos se excluyeron 46 por no cumplimiento de criterios (41 por Hamilton < 8, y 5 por datos incompletos en encuestas y formularios); así la muestra total está dada por 172 adolescentes a quienes posteriormente se les aplicó cuestionario de salud y bienestar niñas/niños y adolescentes de 8-18 años (KidScreen-52), para determinación de calidad de vida y cuestionario de actividad física para adolescentes (PAQ-A). Mostrando una prevalencia de algún grado de depresión del 78.8%.

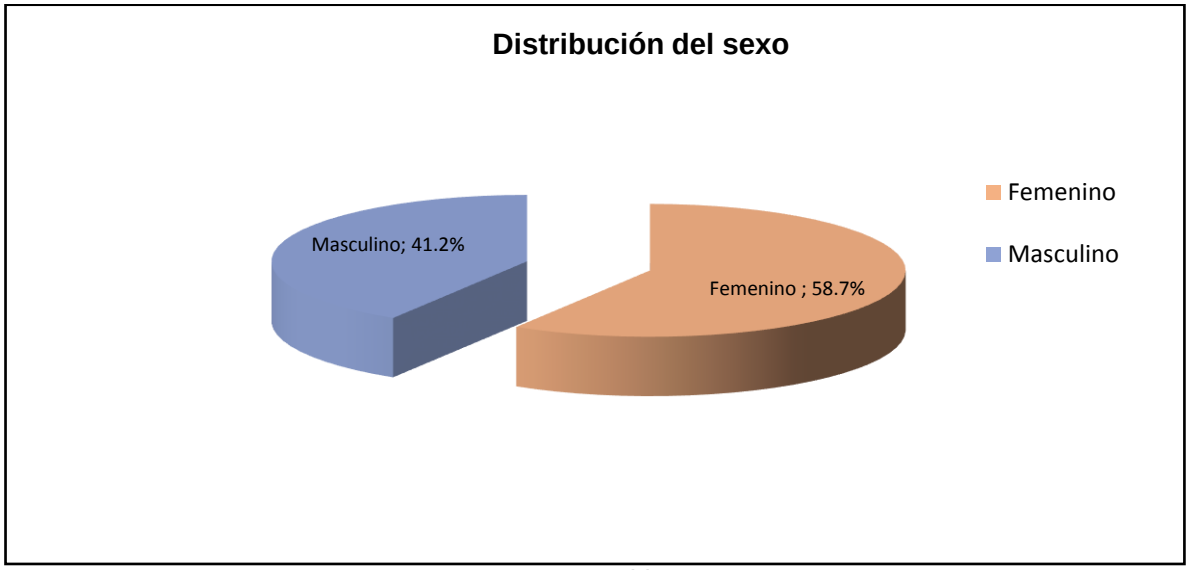
En cuanto a las características sociodemográficas de la población estudiada, se evidencia que el sexo femenino muestra la mayor frecuencia con un 58.7%; para la edad los adolescentes entre 14 a 16 años alcanzaron un 78.5% (tabla 4).

Tabla 4. Distribución de acuerdo a características de sexo y edad de población en estudio.

Variable	N (%)
Sexo	
Femenino	101 (58.7%)
Masculino	71 (41.2%)
Edad	
14 – 16 años	135 (78.5%)
17 – 18 años	37 (21.5%)
	Media: 15.8 ± 1.05 años

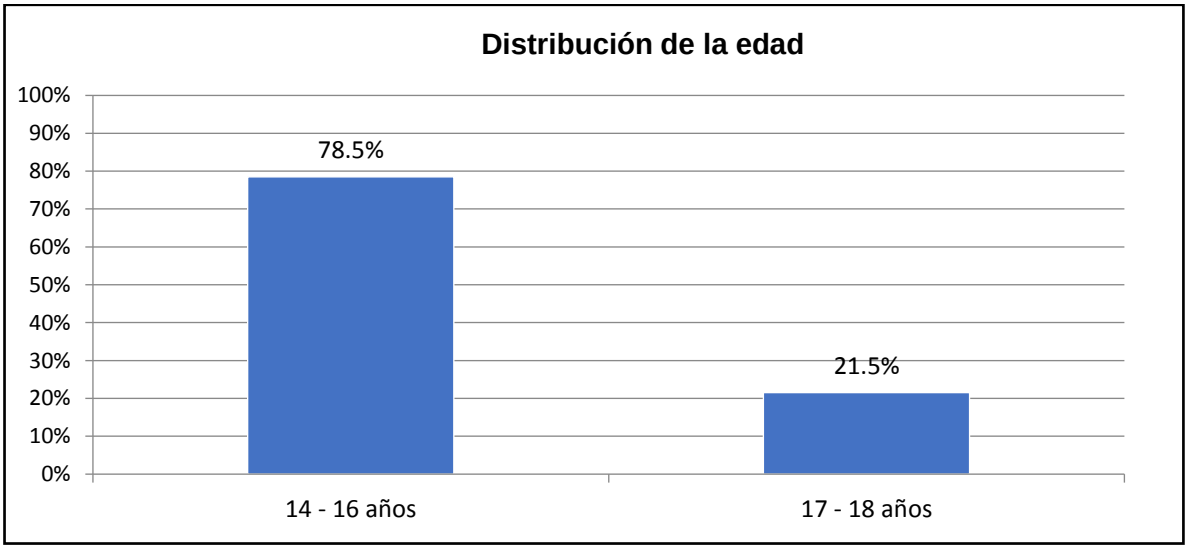
Fuente: Formato de recolección de información.

Figura 1. Distribución de acuerdo al sexo.



Fuente: Tabla 4.

Figura 2. Distribución de acuerdo a la edad.



Fuente: Tabla 4.

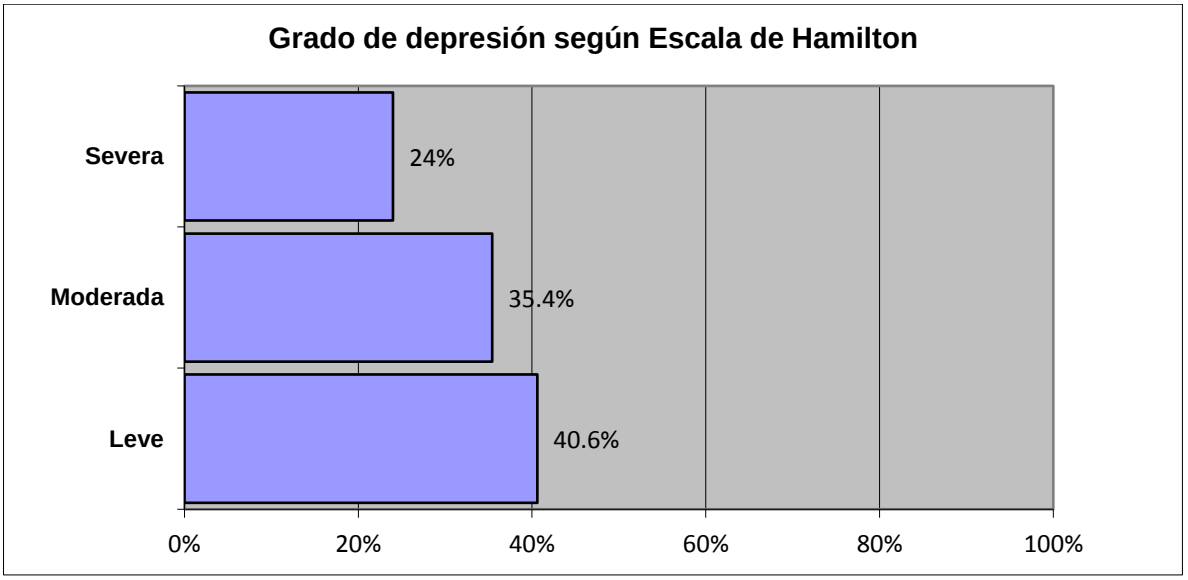
En los adolescentes que mostraron algún grado de depresión, se evidenció que según Escala de Hamilton esta se consideró como leve en el 40.6%, moderada en el 35.4% y severa en el 24% (tabla 5).

Tabla 5. Distribución de grado de depresión de acuerdoa Escala de Hamilton.

Variable	N (%)
Grado depresión	
Leve (8 - 13)	70 (40.6%)
Moderada (14 – 18)	61 (35.4%)
Severa (≥ 19)	41 (24%)

Fuente: Formato de recolección de información.

Figura 3. Distribución de grado de depresión de acuerdoa Escala de Hamilton.



Fuente: Tabla 5.

La distribución por síntomas depresivos valorado según los dominios de la Escala de Hamilton, evidenciaron que el de mayor frecuencia fue el humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad) con el 77.9% (tabla 6).

Tabla 6. Distribución de presencia de síntomas depresivos según dominios de Escala de Hamilton.

Síntomas depresivos	N (%)
Humor depresivo	134 (77.9%)
Sentimentos de culpa	123 (71.5%)
Ideación y/o intento suicida	29 (16.8%)
Insomnio precoz	72 (41.8%)
Insomnio intermédio	65 (37.8%)
Insomnio tardio	106 (61.7%)
Dificultadtrabajo y actividades	122 (70.3%)
Inhibición psicomotora	63 (36.7%)
Agitación psicomotora	127 (73.8%)
Ansiedad psíquica	129 (75%)
Ansiedad somática	118 (68.6%)
Sintomas somáticosgastrointestinales	81 (47.1%)
Sintomas somáticos generales	126 (73.3%)
Sintomas genitales	56 (32.6%)
Hipocondria	85 (49.4%)
Perdida de peso	34 (19.8%)
Introspeccion (Insight)	63 (36.6%)

Fuente: Formato de recolección de información.

La distribución del sexo según grado de depresión por Hamilton, evidenció que en los grados depresión leve y moderada el sexo femenino muestra levemente mayor frecuencia, sin embargo para el grado depresión severa, el sexo femenino mostró

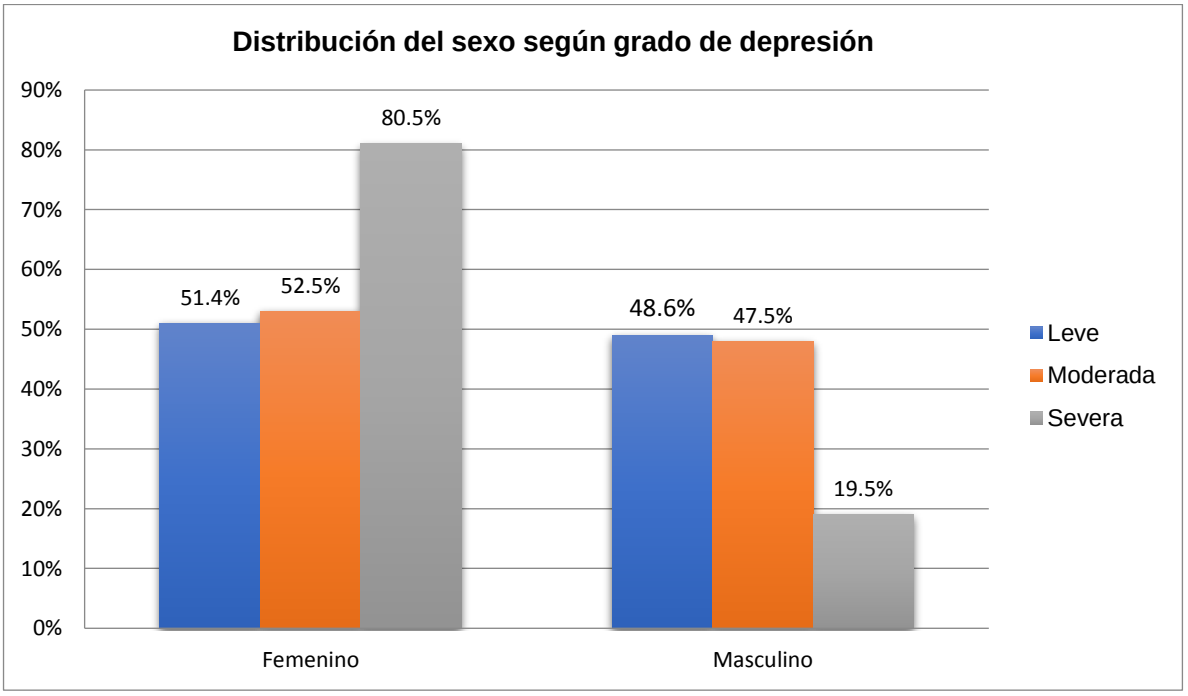
marcada mayor prevalencia con el 80.5%. Por otra parte para la edad, las frecuencias fueron mayores en los adolecentes entre 14 a 16 años en los tres grados de depresión (tabla 7).

Tabla 7. Distribución de sexo y edad según grado depresión.

Variable	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión severa
	N (%)	N (%)	N (%)
Sexo			
Femenino	36 (51.4%)	32 (52.5%)	33 (80.5%)
Masculino	34 (48.6%)	29 (47.5%)	8 (19.5%)
Edad			
14 – 16 años	56 (80%)	48 (78.6%)	31 (75.6%)
17 – 18 años	14 (20%)	13 (21.4%)	10 (24.4%)
	Media: 15.8 ± 0.97 años	Media: 15.8 ± 1.1años	Media: 15.8 ± 1.1 años

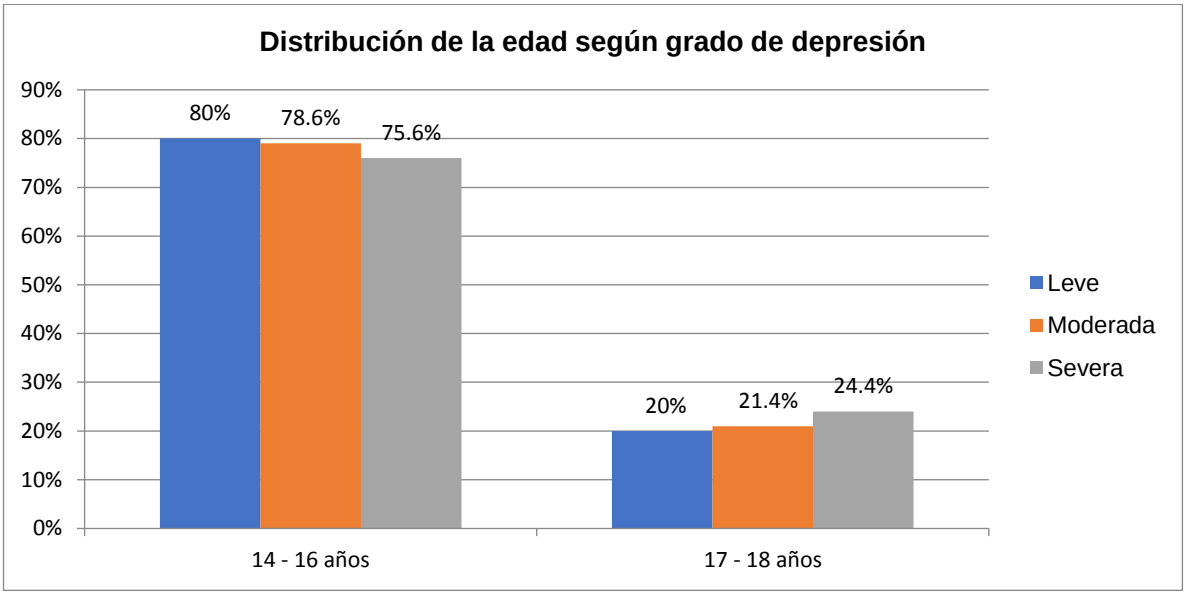
Fuente: Formato de recolección de información.

Figura 4. Distribución del sexo según grado de depresión.



Fuente: Tabla 7.

Figura 5. Distribución de la edad según grado de depresión.



Fuente: Tabla 7.

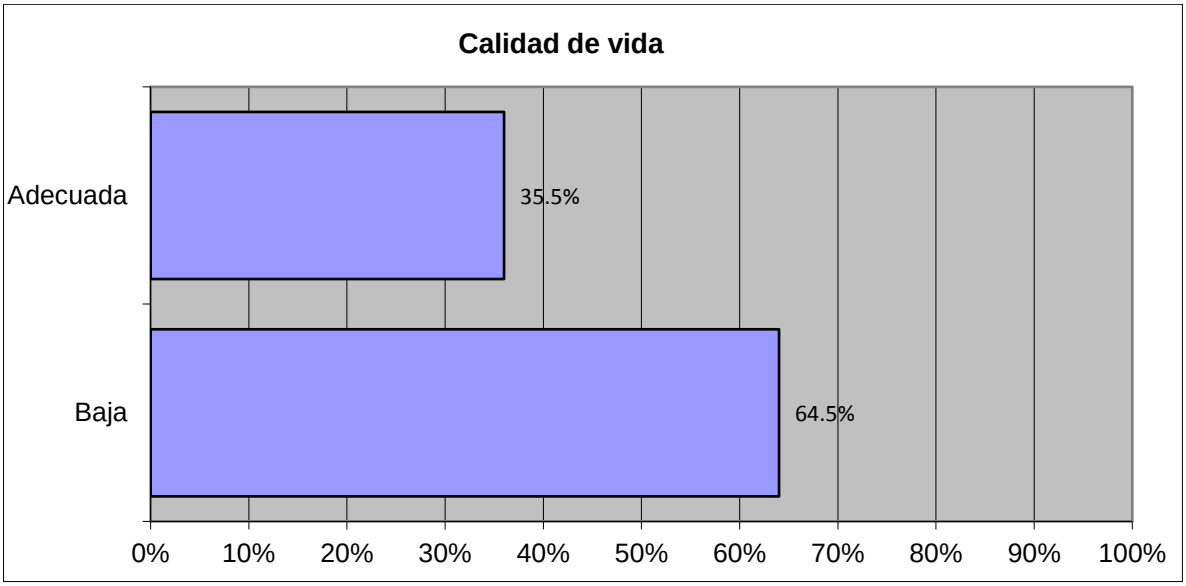
La distribución de acuerdo a la percepción de calidad de vida (KidScreen 52) por parte de los adolescentes en estudio, evidenció que el 64.5% tienen una percepción de baja calidad de vida (tabla 8).

Tabla 8. Distribución de acuerdo a percepción de calidad de vida (KidScreen 52).

Calidad de vida	N (%)
Baja	111 (64.5%)
Adecuada	61 (35.5%)

Fuente: Formato de recolección de información.

Figura 6. Distribución de acuerdo a percepción de calidad de vida (KidScreen 52).



Fuente: Tabla 8.

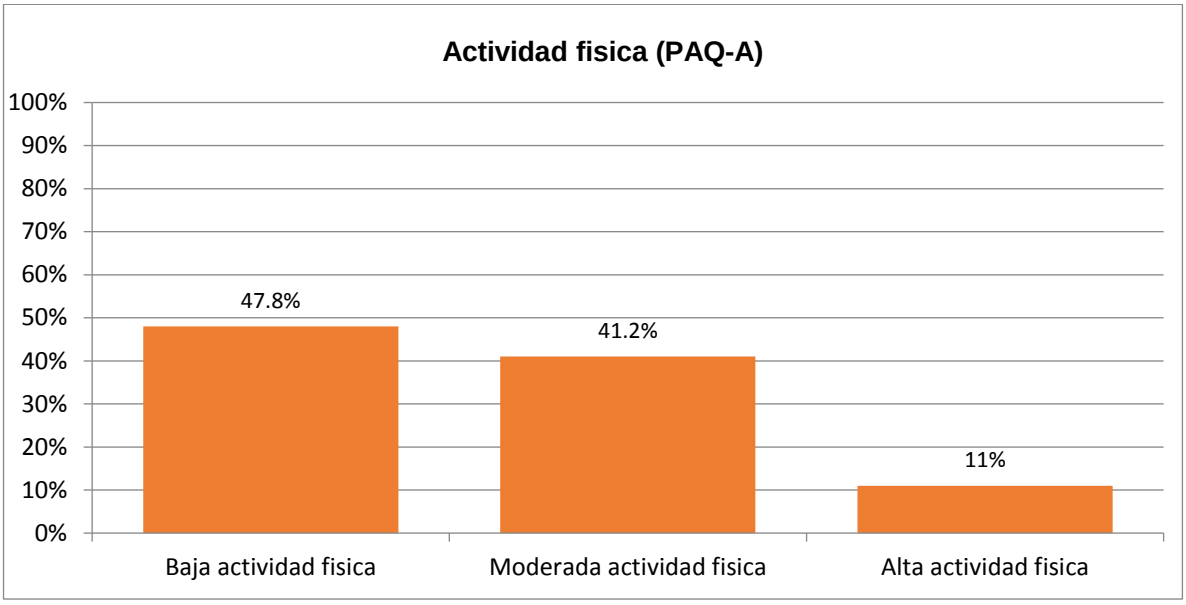
El 47.8% de los adolescentes presenta una baja actividad física de acuerdo al cuestionario PAQ-A, moderada actividad física el 41.2% y tan solo el 11% mostró alta actividad física (tabla 9).

Tabla 9. Distribución de acuerdo a actividad física (PAQ-A).

Actividad física	N (%)
Baja actividadfisica	82 (47.8%)
Moderada actividad física	71 (41.2%)
Altaactividadfisica	19 (11%)

Fuente: Formato de recolección de información.

Figura 7. Distribución de acuerdo a actividad física (PAQ-A).



Fuente: Tabla 9.

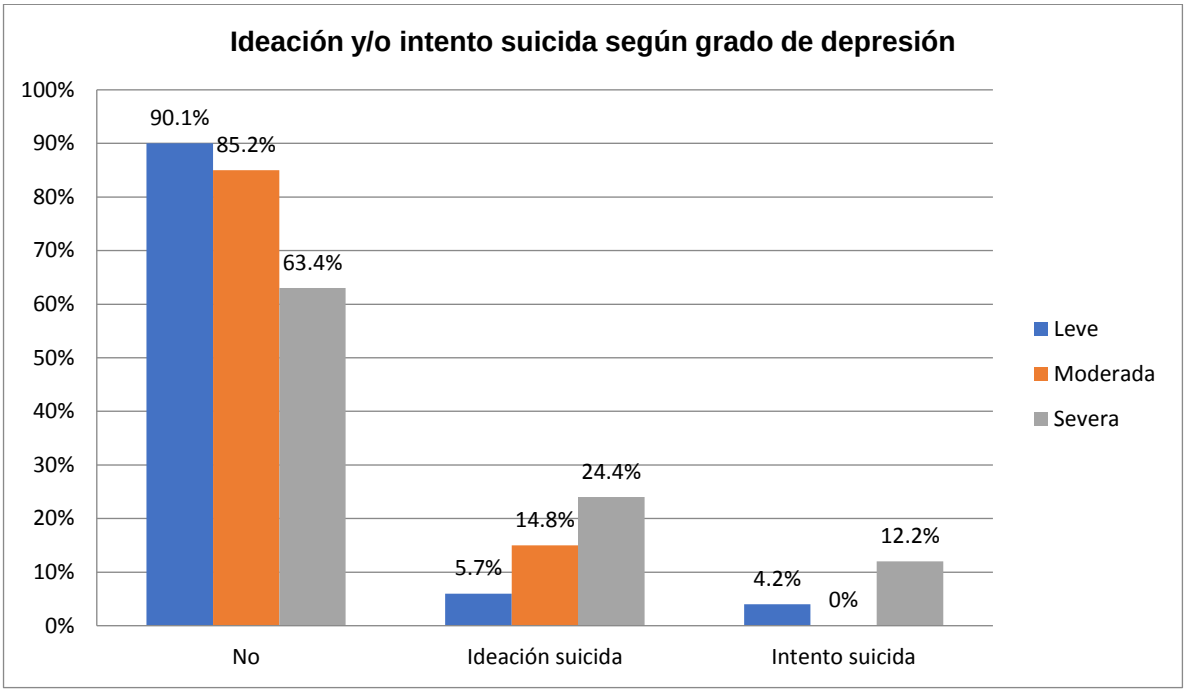
La ideación y/o intento suicida se observó en el 16.8% (n=29), ideación en el 13.3% e intento suicida en el 3.5%; en el grupo con depresión leve se evidenció ideación y/o intento suicida en el 9.1%, ideación en el 5.7% e intento suicida en el 4.2%; para la depresión moderada se evidenció ideación y/o intento suicida en el 14.8% todos casos de ideación; para la depresión severa se observó ideación y/o intento suicida en el 36.6%, ideación en el 24.4% e intento suicida en el 12.2%.

Tabla 10. Distribución de ideación y/o intento suicida según grado de depresión.

Ideación y/o intento suicida	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión severa
	N (%)	N (%)	N (%)
No	65 (90.1%)	52 (85.2%)	26 (63.4%)
Ideación suicida	4 (5.7%)	9 (14.8%)	10 (24.4%)
Intento suicida	1 (4.2%)	0 (0%)	5 (12.2%)

Fuente: Formato de recolección de información.

Figura 8. Distribución de ideación y/o intento suicida según grado de depresión.



Fuente: Tabla 10.

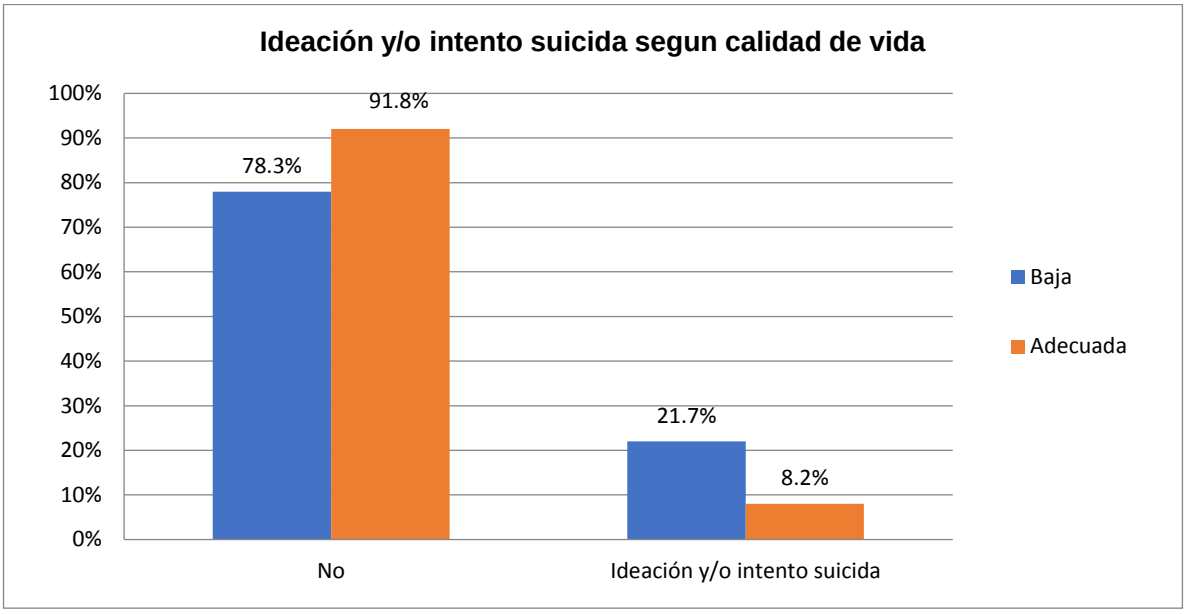
La relación de calidad de vida e ideación y/o intento suicida en adolescentes, evidencia que en aquellos con baja calidad de vida (KidScreen 52) el 21.7% mostró ideación y/o intento suicida, en aquellos con calidad de vida adecuada este porcentaje cayó al 8.2% (p= 0.02) (tabla 11).

Tabla 11. Distribución de ideación y/o intento suicida según calidad de vida (KidScreen 52).

Calidad de vida / Ideación y/o intento suicida	Baja calidad de vida	Adecuada calidad de vida
	N (%)	N (%)
No	87 (78.3%)	56 (91.8%)
Ideación y/o intento suicida	24 (21.7%)	5 (8.2%)

Fuente: Formato de recolección de información.

Figura 9. Distribución de ideación y/o intento suicida según calidad de vida (KidScreen 52).



Fuente: Tabla 11.

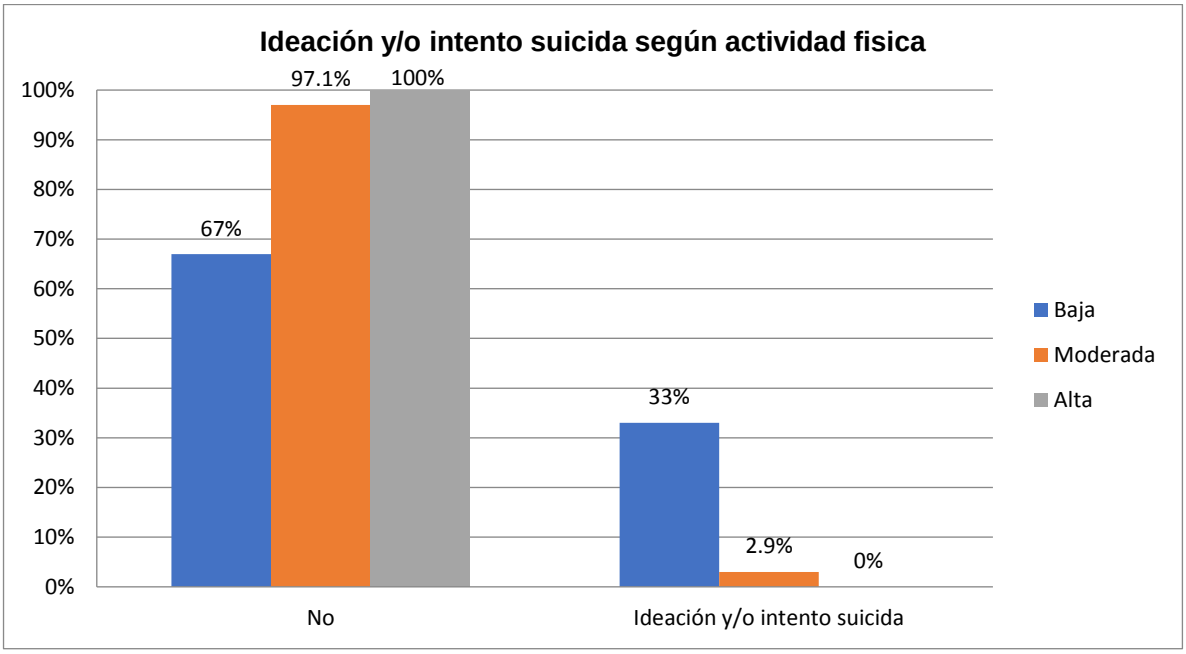
La relación de actividad física e ideación y/o intento suicida en adolescentes, evidencia que en aquellos con baja actividad física (PAQ-A) el 33% mostró ideación y/o intento suicida, en aquellos con actividad física moderada el 2.9% presentó ideación y/o intento suicida, en aquellos con alta actividad fisica no se evidenció ideación y/o intento suicida (p= < 0.0001) (tabla 12).

Tabla 12. Distribución de ideación y/o intento suicida según actividad física (PAQ-A).

Actividad física / Ideación y/o intento suicida	Baja	Moderada	Alta
	N (%)	N (%)	N (%)
No	55 (67%)	69 (97.1%)	19 (100%)
Ideación y/o intento suicida	27(33%)	2(2.9%)	0 (%)

Fuente: Formato de recolección de información.

Figura 10. Distribución de ideación y/o intento suicida según actividad física (PAQ-A).



Fuente: Tabla 12.

6. DISCUSION

Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas de sí mismos, presión para lograr éxito, incertidumbre financiera y otros miedos mientras van creciendo. La depresión y el suicidio entre los adolescentes han tenido un aumento dramático en los últimos años, representando hoy en día un problema de salud pública. La depresión y las tendencias suicidas son desórdenes mentales que pueden ser identificados y tratados a tiempo. Con el fin de conocer la situación en el ámbito local, se tomó una muestra de adolescentes entre los 14 a 18 años estudiantes de una institución educativa oficial del municipio de Palmar de Varela (Atlántico), municipio que en recientemente ha evidenciado un alto índice de ideación, intento y suicidio consumado en adolescentes.

Se aplicaron 218 encuestas (Hamilton Depresión Rating Scale), encontrándose signos y/o síntomas depresivos en 172 adolescentes para una prevalencia de depresión del 78.8%, datos que se asemejan a lo descrito a nivel internacional por Royo y colaboradores (75.2%) (8), en Bogotá por Carvajal en 2009 (71.6%) (33), sin embargo son superiores a las descritas en Santa Marta por Ceballos en 2015 (58%) (28); importante en este punto mencionar que las diferencias de prevalencias en estudios en población no diagnosticada se puede explicar por las diferentes metodologías utilizadas y más aún por diferentes escalas o encuestas de depresión, no obstante independientemente de la metodología aplicada en estudios que correlacionan las diferentes encuestas o test aplicados las diferencias no han sido mayores (41). En cuanto al grado de depresión por Hamilton, esta se considero leve en el 40.6%, moderada en el 35.4% y severa en el 24%.

En cuanto a parámetros de sexo y edad, se evidenció mayor prevalencia en el sexo femenino con el 58.7%, lo que se puede comparar con lo reportado por

Birmaher en 2012 (15) y Díaz en 2016 (25) entre otros autores que describen mayor prevalencia de depresión en el sexo femenino tanto en niñas y/o adolescentes como en la edad adulta, se logró evidenciar diferencias significativas en cuanto al sexo en aquellos adolescentes con depresión severa, donde el sexo femenino alcanzó prevalencia del 80.5%, comparable con lo reportado por Rosello y cols (31), quienes describen diferencias significativas para las adolescentes con depresión severa. En cuanto a la edad la media fue de 15.8 ± 1.05 años, comparable con lo reportado por Royo en 2017 (8) quien describe media de 15.1 ± 0.8 años en población adolescente con depresión, no se evidenciaron mayores diferencias de la edad de acuerdo al grado de depresión.

La ideación y/o intento suicida se observó en el 16.8% (n=29), ideación en el 13.3% e intento suicida en el 3.5%; estas cifras levemente inferiores a las reportadas por Carvajal en Bogotá (33) quien describe pensamientos ideación suicida en el 20%, Ceballos (28) reporta la ideación suicida, en el 2% de las adolescentes alto riesgo suicida, el 11% muestra riesgo medio y un 37% no señala riesgo, este mismo autor reporta en los adolescentes masculinos que el 23% presenta riesgo medio suicida, sin mostrarse relación del sexo con la ideación y/o intento suicida. Por otra parte esta serie mostró mayor prevalencia de ideación y/o intento suicida en aquellos con depresión severa 36.6% comparada con el 14.8% en depresión moderada y de 9.9% en depresión leve, comportamiento ampliamente descrito en la literatura (32,33,35,37,41).

El KidScreen 52 valora subjetivamente la salud y el bienestar de niños y adolescentes (calidad de vida relacionada con la salud, CVRS); la calidad de vida fue considerada como baja en el 64.5% y adecuada en el restante 35.5%, observándose una relación estadísticamente significativa (p= 0.02) entre la ideación y/o intento suicida con aquellos con baja calidad de vida, asociación previamente descrita por Restrepo (71) así como por Fernández y colaboradores

(32), quienes reportan un riesgo 5.6 veces mayor de ideación o intento suicida en adolescentes con baja calidad de vida.

Por otra parte, la actividad física fue medida por el cuestionario de actividad para adolescentes PAQ-A *(Physical Activity Questionnairefor Adolescents),* evidenciándose una relación estadísticamente significativa entre la ideación y/o intento suicida y la baja actividad física ($p < 0.0001$); esta asociación fue descrita por Teychenne y cols (58) entre otros autores (54-56) y recientemente por Almagro (53) en una revisión sistemática, quien además reporta a la actividad física como factor protector para la salud mental y el suicidio.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se concluye en esta investigación que la prevalencia de algún grado de depresión determinado por Escala de Hamilton en adolescentes entre 14 a 18 años estudiantes de 10 y 11 grado de un colegio del municipio de Palmar de Varela (Atlántico) fue de 78.8%, siendo esta depresión leve en el 40.6% moderada el 35.4% y severa en el 24% (Escala de Hamilton); dentro de los signos y síntomas de mayor frecuencia se menciona el humor depresivo, ansiedad psíquica, síntomas somáticos generales, agitación psicomotora, sentimientos de culpa, ansiedad somática, estos síntomas observados en al menos 2 de cada 3 adolescentes con depresión. La ideación y/o intento suicida se observó en el 16.8%, observándose una relación directamente proporcional con el grado de depresión, así como relación significativa con la baja calidad de vida ($p= 0.02$) y la baja actividad física ($p= < 0.0001$).

Se recomienda la divulgación de los resultados arrojados en esta investigación, así como la implentación de posibles medidas de intervención en esta población que promuevan estilos de vida saludables de forma que se integre mente-cuerpo mejorando asi la calidad de vida, y así lograr una disminución en las cifras de ideas e intento suicida en población adolescente, realizado un seguimiento oportuno en el tiempo.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud, OMS, disponible en: https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es/ [Consultado el 12 de septiembre de 2019].
2. Organización Mundial de la Salud, OMS, disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression [Consultado el 12 de septiembre de 2019].
3. Taylor A, Martin G, Dal Grande E, Swannell S et al. Methodological issues associated with collecting sensitive information over the telephone-experience from an Australian non-suicidal self-injury (NSSI) prevalence study. BMC Med Res Methodol 2011;11:20
4. Organización Mundial de la Salud, OMS, disponible en: https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2018/es/ [Consultado el 13 de septiembre de 2019].
5. Boletín de salud mental. Depresión. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. MinSalud Colombia. 2017.
6. Gómez-Restrepo C, de Santacruz C, Rodriguez MN, Rodriguez V, Tamayo Martínez N, Matallana D, et al. Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio. RevColombPsiquiatr. diciembre de 2016;45:2-8.
7. Suarez M. La salud mental de los colombianos, en crisis. Art Rev. Diario El Espectador 2010. https://www.elespectador.com/noticias/salud/articulo-234929-salud-mental-de-los-colombianos-crisis
8. Royo J. & Fernández E. Depresión y suicidio en la infancia y adolescencia. Pediatr Integral, XXI. 2017;(2):116.e1–116.e6

9. Organización Mundial de la Salud, OMS, disponible en: http://www.who.int/topics/depression/es/ [Consultado el 14 de septiembre de 2019].

10. Reyes A. Diagnóstico y manejo de la depresión en niños y adolescentes en atención primaria. PUC.2019;1-6

11. De la Barra F, Vicente B, Saldivia S, Melipillán R. Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado Actual. Rev. Med. Clin. Condes, 2012;23(5):521-529

12. Organización Mundial de la Salud, OMS, disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/ [Consultado el 20 de septiembre de 2019]

13. Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, tomo I. Bogotá 2015.

14. Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias. Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE Colombia, 2014-2015.

15. Birmaher, B., Arbelaez, C. & Brent D. Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. ChildAdolescPsychiatrClin N Am, 2012;11: 619-637

16. https://www.asivamosensalud.org/salud-para-ciudadanos/suicidio-en-colombia

17. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis.2018.

18. Toro J, Yepes L. Fundamentos de medicina Psiquiatría. 5ª ed. Medellín (Antioquia, Colombia): Corporación para investigaciones biologicas; 2010.

19. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders DSM-5. American PsychiatricAssociation. 2015.

20. Bwibo D. La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1986.

21. Angarita GP, Sandoval A, Umbarila D. Adolescencia y depresión. *Revista colombiana de psicología*. 2004;*13*(1): 13-28.

22. Medina M, Sarti E, Real T. La depresión y otros trastornos psiquiátricos. CONACYT. 2015;1-401

23. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME. Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: childhood, adolescence and adulthood. J Psychiatric Res. 2010;44:732-40.
24. Benjet C, Hernandez-Montoya D, Borges G, Mendez E, Medina-Mora ME, Aguilar-Gaxiola S. Youth who neither study nor work: mental health, education and employment. Salud Pública de México. Salud Pública Mex. 2012;54(4):410-7.
25. Díaz F, Prados M, Ruiz M. Relación entre las conductas de intimidación, depresión e ideación suicida en adolescentes: resultados preliminares. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente. 2016; 11(1):24 - 27
26. Ceballos G, Del Toro J. Cartilla para la prevención del suicidio. Santa Marta: Editorial Unimagdalena; 2008.
27. Chaskel R, Depresión en niños y adolescentes Cuando dar medicación. Acta Neurol Colombia. 2006; 22(2):195-200.
28. Ceballos G, Suarez Y, Suescún J, Gamarra L, Gonzalez E, Sotelo A. Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. Revista de Facultad de Ciencias de la Salud, Uni Magdalena. 2015;12(1):15-22
29. Branden N. Los seis pilares de la autoestima. Buenos Aires: Paidós; 1995.
30. Philippi M I, Rosselló J. Ideación Suicida en un grupo de jóvenes con depresión. XXV Congreso Interamericano de Psicología; Julio 1995; San Juan, Puerto Rico.
31. Rosselló J, Berrios, M. Ideación Suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima En Una Muestra De Adolescentes Puertorriqueños/As. Revista Interamericana de Psicología/ InteramericanJournal of Psychology. 2004; 38 (2): 295-302
32. Fernández N, Merino H. Predictores de la ideación suicida: un estudio empírico en adolescentes. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2001; 6(2): 121-127.
33. Carvajal G, Virginia C V. Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá. 2011; [en línea]. disponible en: http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/3121.

34. Rey J, Bella-AwusahTolulope T, Liu J. IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. 2015. En: Joseph M. Rey. Mood disorders E1 Depression in children and adolescents [Internet]. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015. [citado 12 oct 2019] [pp 1-36].
35. Carballo J, Figueroa A, Garcia I, Soutullo C, Zalsman G. Trastornos depresivos. Manual de Psiquiatria del niño y del adolescente: Ed. Med. Panamericana; 2010. p. 45-167.
36. Hernández Otero I, Alda Diez J. Guia Esencial de Psicofarmacologia del niño y del adolescente. 2a ed. Madrid: Soutullo; 2017.
37. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Actualización. España.2018;1-66GU
38. Rahola JG. Lo que siempre quiso saber de los psicofármacos y nunca se atrevió a preguntar. 4ª ed. Madrid: Aula Médica; 2012.
39. Fortó T, Casas M. Nuevos enfoques en el tratamiento de la depresión mayor resistente: propuesta de estudio piloto de tratamiento con psilocibina. UAB.2017;1-27
40. Gaynes BN. Identifying difficult-to-treat depression: differential diagnosis, subtypes, and comorbidities. J ClinPsychiatry. 2009;70Suppl 6:10-5.
41. Cabrera N, Zuñiga M, Coria A. Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FESI: Un estudio piloto. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2011;14(4):341-354.
42. Eaton J, et al. A position statement on mental health in the post-2015 development agenda. International J of Mental HealthSystems. 2014:8-28
43. Londoño-Arredondo NH. Vulnerabilidad cognitiva en trastornos mentales. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2011; 40(2): 289–309.
44. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10).
45. Ministerio de Salud. Depresión en personas de 15 años y más. Guía Clínica AUGE, 2, 2013;1-144.

46. Hetrick S, McKenzie J, Cox, G, Simmons M, Merry S. Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents (Review). Cochrane Database of SystematicReviews, 11, 2012; 1-158.

47. Watanabe N, Hunot V, Omori I, Churchill R, Furukawa T. Psychotherapy for depression among children and adolescents: a systematic review. Acta PsychiatrScand, 2007;116:84-95.

48. Cox G, Callahan P, Churchill R, Hunot V, Merry N, Parker A, Hetrick S. Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents (Review). Cochrane Database of SystematicReviews, 2014;11: 1-130.

49. Paluska S, Schwenk T. Physical activity and mental health. Sports Medicine, 2000;29:167–180.

50. American College of Sports Medicine. ACSM'S Guidelines for Exercise Testing and Prescription. Lippincott Williams &Wilkins, Philadelphia. 2000.

51. Chief Medical Officer's Report. At Least Five a Week. 2004. http://www.Dh. gov.uk/publications.

52. Saxena S, Ommeren M, Tang K, Armstrong T. Mental Elath benefits of physical activity. Journal of Mental Health, 2005;15:445–451.

53. Almagro S, Dueñas M, Tercedor P. Actividad física y depresión: revisión sistemática Physicalactivity and depression: a systematicreview. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. 2014;14 (54): 377- 392.

54. O'Neal H, Dunn A, Martinsen E. Depression and exercise. International Journal of Sport Psychology, 2002;31:110–135.

55. Brosse A, Sheets E, Lett H, Blumenthal J. Exercise and the treatment of clinical depression in adults. SportsMed. 2002;32:741–760

56. Lawlo D, Hopker S. The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and metaregression analysis of randomised controlled trials. British Medical Journal, 2001;322:1–8.

57. Craft L, PernaF.The benefits of exercise for the clinically depressed. Journal of ClinicalPsychiatry, 2004;6:104–113

58. Teychenne M, Ball K, Salmon J. Physical activity and likelihood of depression in adults: a review. Preventive Medicine, 2008;46:397–411.

59. Landers D, Arent S. Exercise and mental health. In: Singer RN, Hausenblas HA, Janelle CM, eds. Handbook of sport psychology, 2nd Ed. New York: Wiley. 2001; 740–765

60. Quiceno J, Vinaccia S. Curso en Psicocardiología para Pacientes. Bogotá, Colombia: SANITAS &AstraZeneca. 2012.

61. Giménez M, Vásquez C, Hervás G. El análisis de las fortalezas psicológicas en la adolescencia: Más allá de los modelos de vulnerabilidad. Psychology, Society&Education, 2010;2:97-116.

62. Carr A. Psicología positiva: la ciencia de la felicidad. Barcelona: Paidós. 2007.

63. Quiceno M, Vinaccia S. Calidad de vida, fortalezas personales, depresión y estrés en adolescentes según sexo y estrato International Journal of Psychology and PsychologicalTherapy, 2014;14(2):155-170

64. Vinaccia S, Quiceno J, Moreno E. Resiliencia en Adolescentes. Revista Colombiana de Psicología, 2007;16:139-146.

65. Quiceno J. Calidad de vida infantil. Manuscrito no publicado, Universidad Autónoma de Madrid, España. 2007.

66. Lauder W, Burton C, Roxburgh C, Themessl-Huber M, O'Neill M, Abubakari A. Psychosocial health and health-related quality of life in school pupils 11-18 years. Journal of clinicalnursing, 2009;19:1821-1829

67. Quiceno J, Vinaccia S. Calidad de vida relacionada con la salud infantil: Una aproximación conceptual. Psicología y Salud, 2008;18:33-44.

68. Jia Z, Tian W, He X, Liu W, Jin C, Ding H. Mental health and quality of life survey among child survivors of the 2008 Sichuan earthquake. Quality of LifeResearch, 2010;19:1381-1391.

69. Paro H, Morales N, Silva C, Rezende C, Pinto R, Morales R, et al. Health-related quality of life of medical students. Medical Education, 2010;44,:227-235

70. Pekmezovic T, Popovic A, Tepavcevic DK, Gazibara T, Paunic M. Factors associated with healthrelated quality of life among Belgrade University students. Quality of LifeResearch, 2011;20:391-397

71. Restrepo C, Vinaccia S, Quiceno J. Resilencia y depressión: Un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia. Suma Psicológica, 2011;18:41-48.

72. Wasserman D, Cheng Q, Jiang G. Global suicide rates among Young people aged 15-19. *WorldPsychiatry*. 2005; 4(2): 114-12

73. Ballesteros M, Gutiérrez M, Martínez L, Medina N, Sotelo Á, Bouquet R. El suicidio en la juventud: una mirada desde la teoría de las representaciones sociales. RevistaColombiana de Psiquiatría. 2010;39(3):523–43

74. Pedraza R, Guzmán Y, Rubio H. Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. Revista colombiana de psiquiatría. 2005; 34(1):12-25

75. Robinson J, Hetrick SE, Martin C. Preventing suicide in young people: systematic review. Aust N Z J Psychiatry. 2011; 45: 3-26.

76. Pfeffer TA, et al. Suicidal children grown up: demographic and clinical risk factors for adolescent suicidal attempts. J Am AcadChildAdolescPsychiatry. 1991; 30: 609-16.

77. Purriños M. Hamilton Depresion Rating Scale (HDRS). 2011.

78. Hamilton, M., A rating scale for depression. J NeurolNeurosurgPsychiatry 1960(23): 56-62.

79. Hamilton, M., Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J SocClinPsychol 1967(6): 278-296.

80. Ramos-Brieva, J.C, A, Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. Actas Luso-EspNeurolPsiquiatr 1986(14): -334.

81. Ramos-Brieva, J.C., AA new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. J Psychiatr Res 1988(22): 21-28.

82. Bobes, J.B., A; Luque, A; et al., Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. MedClin, 2003. 120(18): 693-700.

83. Depression: management of depression in primary and secondary care- NICE guidance. 2004.

84. Shelton, R., Management of major depressive disorders following failure of antidepressant treatment. PrimaryPsichiatry, 2006. 12(4): 73-82.

85. Zimmerman, M.P., MA; Chelminski, I, Is the cutoff to define remission on the Hamilton Rating Scale for Depression too high? J NervMentDis, 2005. 193(3): 170-5.

86. Ravens-Sieberer, U., Gosch, A. , Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Dür, W., Auquier, P., Poder, M., Abel, T., Czemy, L .,Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. y el Grupo europeo KIDSCREEN. KIDSCREEN-52 medida de la calidad de vida de los niños y adolescentes. Revisión de Expertos de Farmacoeconomía y Resultados de Investigación. 2005; 5 (3):353-364.

87. El KIDSCREEN GroupEurope. Los cuestionarios KIDSCREEN - cuestionarios de calidad de vida para los niños y adolescentes. Manual. Lengerich: PabstSciencePublishers. 2006.

88. Welk GJ (Ed.) Physical activity assessment in health-related research. Champaign IL: Human Kinetics; 2002.

89. Martínez D, Martínez V, Pozo, W, Villagra A, Calle M.. Fiabilidad y validez del cuestionario de actividad física PAQ-A en adolescentes españoles. Rev. Esp. Salud Publica . 2009 ; 83(3): 427-439

90. Kowalski CK, Crocker PR, Kowalski NP. Convergent validity of the physical activity questionnaire for adolescents. PediatrExercSci. 1997; 9:342-52.

91. Bailey DA, McKay HA, Mirwald RL, Crocker PRE, Faulkner RA. A six-year longitudinal study of the relationship of physical activity to bone mineral accrual in growing children: The University of Saskatchewan bone mineral accrual study. J BoneMiner Res. 1999; 14:1672-9.

92. Chen, SR, Lee YJ, Chiu HW, Jeng C. Impact of physical activity on heart rate variability in children with type 1 diabetes. ChildsNervSyst. 2008; 24:741-7.

93. Crocker PRE, Eklund RC, Kowalski KC. Children′s physical activity and physical self-perceptions. J Sports Sci. 2000; 18:383-94.

94. Crocker PRE, Sabiston C, Forrestor S, Kowalski NP, Kowalski KC, McDonough M. Predicting change in physical activity, dietary restraint, and physique anxiety in adolescent girls. Can J PublicHealth. 2003; 94:332-7.

95. Kowalski KC, Crocker PR, Faulkner RA. Validation of the physical activity questionnaire for older children. PediatrExercSci. 1997; 9:174-86.

96. Copeland JL, Kowalski KC, Donen RM, Tremblay MS. Convergent validity of the Physical Activity Questionnaire for Adults: the new member of the PAQ Family. J Phys Act Health. 2005; 2:216-29.

ANEXOS

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
- Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	4

Anexo 1.

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depresion Rating Scale (HDRS)

Sentimientos de culpa	
- Ausente	0
- Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4

Suicidio	
- Ausente	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de	2

morirse	
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4

Insomnio precoz	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2

Insomnio intermedio	
- No hay dificultad	0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2

Insomnio tardío	
- No hay dificultad	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2

Trabajo y actividades	
- No hay dificultad	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4

Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
- Palabra y pensamiento normales	0
- Ligero retraso en el habla	1
- Evidente retraso en el habla	2

- Dificultad para expresarse	3
- Incapacidad para expresarse	4

Agitación psicomotora	
- Ninguna	0
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4

Ansiedad psíquica	
- No hay dificultad	0
- Tensión subjetiva e irritabilidad	1
- Preocupación por pequeñas cosas	2
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
- Expresa sus temores sin que le pregunten	4

Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc. cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	
- Ausente	0
- Ligera	1
- Moderada	2
- Severa	3
- Incapacitante	4

Síntomas somáticos gastrointestinales	
- Ninguno	0
- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen.	1
- Sensación de pesadez en el abdomen	2
- Dificultad en comer si no se le insiste	3
- Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	4

Síntomas somáticos generales

- Ninguno	0
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.	1
Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	2

Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
- Ausente	0
- Débil	1
- Grave	2

Hipocondría	
- Ausente	0
- Preocupado de sí mismo (corporalmente)	1
- Preocupado por su salud	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3

Pérdida de peso	
- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2

Introspección (insight)	
- Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
- No se da cuenta que está enfermo	2

Anexo 2. Cuestionario de salud y bienestar niños/asy adolescentes de 8 a 18 años

Colombia
KIDscreen-52

¡Hola

¿Cómo estás? Esto es lo que nos gustaría que nos contaras.

Por favor, lee cada pregunta, ¿Cuál es la respuesta que primero se te viene a la mente? Escoge la mejor opción para ti marca una **X** sobre ella.

Recuerda: Este no es un examen, así que no hay respuestas incorrectas. Es importante que contestes todas las preguntas, y que se puedan ver las **X** con claridad. Cuando pienses en tu respuesta, por favor intenta recordar la última semana, es decir, los últimos siete días.

No vas a tener que mostrar tus respuestas a nadie. Ni nadie más, aparte de nosotros, podrá ver tus respuestas.

Por favor, anota la fecha de hoy:

__ /__ /____
Día Mes Año

¿Eres hombre o mujer?

○ Hombre

○ Mujer

¿Cuál es la fecha de tu nacimiento y edad?

__ /__ /____ _____
Día Mes Año Edad

¿Tienes o sufres alguna limitación (caminar, ver, oír etc.) enfermedad o problema de salud permanente?

○ No

○ Sí ¿Cuál? descríbelo brevemente_____

1. Actividad física y salud

1. ¿Cómo consideras que es en general tu salud?

- ○ Excelente
- ○ Muy buena
- ○ Buena
- ○ Regular
- ○ Mala

Piensa en la última semana…	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
2. ¿Te has sentido bien de salud y en forma?	○	○	○	○	○
3. ¿Has estado físicamente activo/a (por ejemplo, has corrido, jugado fútbol, basquetbol, trotado, montado en bicicleta)?	○	○	○	○	○
4. ¿Has podido correr sin dificultad?	○	○	○	○	○

Piensa en la última semana…	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
5. ¿Te has sentido con energía?	○	○	○	○	○

2. Tus sentimientos

Piensa en la última semana…	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1. ¿Has disfrutado de la vida?	○	○	○	○	○
2. ¿Te has sentido contento/a de estar vivo/a?	○	○	○	○	○
3. ¿Te has sentido a gusto con tu vida?	○	○	○	○	○

Piensa en la última semana…	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
4. ¿Has estado de buen humor?	○	○	○	○	○
5. ¿Te has sentido alegre?	○	○	○	○	○
6. ¿Te has divertido?					

3. Estado de ánimo

Piensa en la última semana…	Nunca	Casi nuca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Has tenido la sensación de estar haciendo todo mal?	○	○	○	○	○
2. ¿Te has sentido triste?	○	○	○	○	○
3. ¿Te has sentido tan mal como para no hacer nada?	○	○	○	○	○
4. ¿Has sentido que todo en tu vida sale mal?	○	○	○	○	○
5. ¿Te has sentido aburrido/a?	○	○	○	○	○
6. ¿Te has sentido solo/a?	○	○	○	○	○
7. ¿Te has sentido bajo presión?	○	○	○	○	○

4. Sobre ti

Piensa en la última semana...	Nunca	Casi nuca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Has estado contento/a con tu forma de ser?	○	○	○	○	○
2. ¿Te has sentido contento/a con tu ropa?	○	○	○	○	○
3. ¿Has estado preocupado/a por tu apariencia?	○	○	○	○	○
4. ¿Has sentido envidia de la apariencia de otros chicos/chicas?	○	○	○	○	○
5. ¿Hay alguna parte de tu cuerpo que te gustaría cambiar?	○	○	○	○	○

5. Tu tiempo libre

Piensa en la última semana...	Nunca	Casi nuca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Has dedicado tiempo para ti?	○	○	○	○	○
2. ¿Has podido hacer las cosas que has querido en tu tiempo libre?	○	○	○	○	○
3. ¿Has podido salir de casa, a cualquier lado?	○	○	○	○	○
4. ¿Has tenido tiempo para reunirte con tus amigos/as?	○	○	○	○	○
5. ¿Has podido elegir qué hacer en tu tiempo libre?	○	○	○	○	○

6. Tu vida familiar

Piensa en la última semana...	Nada	Un poco	Moderada-mente	Mucho	Muchísimo
1. ¿Tus padres te han entendido?	○	○	○	○	○
2. ¿Te has sentido querido/a por tus padres?	○	○	○	○	○

Piensa en la última semana...	Nunca	Casi nuca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
3. ¿Te has sentido feliz en casa?	○	○	○	○	○
4. ¿Tus padres te han dedicado tiempo?	○	○	○	○	○
5. ¿Tus padres te han tratado de forma justa?	○	○	○	○	○
6. ¿Has podido hablar con tus padres cuando has querido?	○	○	○	○	○

7. Tu dinero

Piensa en la última semana...	Nunca	Casi nuca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Has tenido suficiente dinero para hacer lo mismo que tus amigos/as?	○	○	○	○	○
2. ¿Has tenido suficiente dinero para tus gastos?	○	○	○	○	○

Piensa en la última semana...	Nada	Un poco	Moderada-mente	Mucho	Muchísimo
3. ¿Tienes suficiente dinero para gastar, hacer cosas con tus amigos/as?	○	○	○	○	○

8. Tus amigos/as

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Has pasado tiempo con tus amigos/as?	Nunca ○	Casi nunca ○	Algunas veces ○	Casi siempre ○	Siempre ○
2. ¿Has compartido con tus amigos/as?	Nunca ○	Casi nunca ○	Algunas veces ○	Casi siempre ○	Siempre ○
3. ¿Te has divertido con tus amigos/as?	Nunca ○	Casi nunca ○	Algunas veces ○	Casi siempre ○	Siempre ○
4. ¿Tu y tus amigos/as se han ayudado unos a otros?	Nunca ○	Casi nunca ○	Algunas veces ○	Casi siempre ○	Siempre ○
5. ¿Has podido hablar de todo con tus amigos/as?	Nunca ○	Casi nunca ○	Algunas veces ○	Casi siempre ○	Siempre ○
6. ¿Has podido confiar en tus amigos/as?	Nunca ○	Casi nunca ○	Algunas veces ○	Casi siempre ○	Siempre ○

9. Escuela / Colegio

Piensa en la última semana...

	Nada	Un poco	Moderada-mente	Mucho	Muchísimo
1. ¿Te has sentido feliz en el colegio?	Nada ○	Un poco ○	Moderadamente ○	Mucho ○	Muchísimo ○
2. ¿Te ha ido bien en el colegio?	Nada ○	Un poco ○	Moderadamente ○	Mucho ○	Muchísimo ○
3. ¿Te has sentido satisfecho/a con tus profesores?	Nada ○	Un poco ○	Moderadamente ○	Mucho ○	Muchísimo ○

Piensa en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
4. ¿Has podido poner (prestar) atención en clase?	Nunca ○	Casi nunca ○	Algunas veces ○	Casi siempre ○	Siempre ○
5. ¿Te ha gustado ir al colegio?	Nunca ○	Casi nunca ○	Algunas veces ○	Casi siempre ○	Siempre ○
6. ¿Te has llevado bien con tus profesores/as?	Nunca ○	Casi nunca ○	Algunas veces ○	Casi siempre ○	Siempre ○

10. Tus y los demás

Piensa en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Has sentido miedo de otros compañeros/as?	Nunca ○	Casi nunca ○	Algunas veces ○	Casi siempre ○	Siempre ○
2. ¿Se han burlado de ti algún compañero/a?	Nunca ○	Casi nunca ○	Algunas veces ○	Casi siempre ○	Siempre ○
3. ¿Te han molestado, intimidado (amenazado) otros compañeros/as?	Nunca ○	Casi nunca ○	Algunas veces ○	Casi siempre ○	Siempre ○

¡Muchas gracias por tu colaboración!

Anexo 3. CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FISICA PARA ADOLESCENTES (PAQ-A)

Queremos conocer cuál es tu nivel de actividad física en los últimos 7 días (última semana). Esto incluye todas aquellas actividades como deportes, gimnasia o danza que hacen sudar o sentirte cansado, o juegos que hagan que se acelere tu respiración como jugar, saltar la soga, correr, trepar y otras.
Recuerda:
1. No hay preguntas buenas o malas. Esto **NO** es un examen
2. Contesta las preguntas de la forma más honesta y sincera posible. Esto es MUY importante.

---

1. Actividad Física en tu tiempo libre: ¿Has hecho alguna de estas actividades en los **últimos 7 días (última semana)**? Si tu respuesta es SI: ¿Cuántas veces lo has hecho? (MARCA UN SOLO CIRCULO POR ACTIVIDAD)

	Cantidad de Veces				
Actividad	**NO**	**1-2**	**3-4**	**5-6**	**7 o MAS**
Saltar la soga					
Patinar					
Juegos					
Montar en bicicleta					
Caminar (como ejercicio)					
Correr					
Aerobic/spinning					
Natación					
Bailar/danza					
Tenis					
Montar en skate					
Futbol					
Voleibol					
Básquet					
Balonmano					
Atletismo					
Pesas					
Artes marciales					
Otros:					

2. En los últimos 7 días, durante las clases de educación física, ¿Cuántas veces estuviste muy activo durante las clases: jugando intensamente, corriendo, saltando, haciendo lanzamientos (señala solo una)

- ☐ No hice/hago educación física
- ☐ Casi nunca
- ☐ Algunas veces
- ☐ A menudo

☐ Siempre

3. En los últimos 7 días ¿Qué hiciste normalmente a la hora de la corrida (antes o después de correr)? (señala solo una)

☐ Estar sentado (hablar, leer, trabajo de clase)

☐ Estar o pasear por los alrededores

☐ Correr o jugar un poco

☐ Correr y jugar bastante

☐ Correr y jugar intensamente todo el tiempo

4. En los últimos 7 días, inmediatamente después de la escuela, ¿Cuántos días jugaste a algún juego, hiciste deporte o bailes en los que estuvieras muy activo? (señala solo uno)

☐ Ninguna

☐ 1 vez en la última semana

☐ 2-3 veces en la última semana

☐ 4 veces en la última semana

☐ 5 veces o más en la última semana

5. en los últimos 7 días, ¿cuantos días a partir de las 6 pm y 10 pm hiciste deportes, baile o jugaste en los que estuvieras muy activo? (Señala solo uno)

☐ Ninguna

☐ 1 vez en la última semana

☐ 2.3 veces en la última semana

☐ 4 veces en la última semana

☐ 5 veces o más en la última semana

6. El último fin de semana, ¿Cuántas veces hiciste deportes, baile o jugaste en los que estuvieras muy activo? (señala solo uno)

☐ Ninguna

☐ 1 vez en la última semana

☐ 2-3 veces en la última semana

☐ 4 veces en la última semana

☐ 5 veces o más en la última semana

7. ¿Cuál de las siguientes frases describen mejor tu última semana? Lee las cinco alternativas antes de decidir cuál te describe mejor. (Señala solo una)

☐ Todo o la mayoría de mi tiempo libre lo dedique a actividades que suponen poco esfuerzo físico

☐ Algunas veces (1 o 2 veces) hice actividades físicas en mi tiempo libre (por ejemplo: hacer deportes, correr, nadar, montar en bicicleta, hacer aeróbicos)

☐ A menudo (3-4 vece a la semana) hice actividad física en mi tiempo libre

☐ Bastante a menudo (5-6 veces en la última semana) hice actividad física en mi tiempo libre

☐ Muy a menudo (7 o más veces en la última semana) hice actividad física en mi tiempo libre

8. señala con qué frecuencia hiciste actividad fisca para cada día de la semana (como hacer deporte, jugar, bailar o cualquier otra actividad física)

	Frecuencia				
Días de la semana	Ninguna	Poca	Normal	Bastante	Mucha
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
Domingo					

9. ¿estuviste enfermo esta últimasemana o algo impidió que hicieras normalmente actividadesfísicas?

SI…… []
NO……. []

Sexo: (FEMENINO) (MASCULINO)
Edad: _____

Anexo 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

SINTOMAS DEPRESIVOS, ACTIVIDAD FISICA, CALIDAD DE VIDA Y SU RELACION CON LA IDEACION E INTENTO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 10 Y 11 GRADO EN UN COLEGIO OFICIAL DEL MUNICIPIO DE PALMAR DE VARELA – ATLANTICO

Justificación: Reconocer la existencia o no de síntomas depresivos y su relación con ideación e intento suicida en población adolescente.

Objetivos: Determinar la relación de signos y síntomas del trastorno depresivo con la ideación e intento suicida en adolescentes de decimo y once grado de un colegio oficial en el municipio de Palmar De Varela Atlántico, año 2019.

Procedimientos a usar y propósitos: Si usted acepta que el menor a su cargo sea seleccionado para participar en este estudio a el:

Se le realizaran encuesta con preguntas dirigidas.

¿Cuáles son los posibles efectos adversos, riesgos y molestias?

- Ninguna.

Beneficios que se pretenden obtener con la investigación: Proporcionar la información necesaria para el reconocimiento de síntomas depresivos y su relación con ideación e intento suicida en población adolescente.

No se puede garantizar ningún otro beneficio de su participación.

Garantías, seguridad y confidencialidad de su participación:

a. Garantizará la posibilidad de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.
b. Tendrá usted la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio.
c. Contará con la seguridad de que al menor a su cargo no se le identificará como sujeto de investigación y que se le mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
d. Garantizará el compromiso de los investigadores de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar su voluntad para continuar participando.
e. Contará con la posibilidad de la indemnización a la que legalmente tendrá derecho, mediante la póliza de responsabilidad médica que poseen los investigadores, en el caso de ocurrir daños que lo ameriten, directamente causados por la investigación.
f. Que si existen gastos adicionales, estos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

g. El investigador principal tiene el compromiso de detener la investigación si existiera algún riesgo para el menor.

Compensación: La participación en este estudio no le costara nada a usted. No se le proporcionara ninguna compensación por la participación del menor a su cargo.

Después de que se ha informado en detalle sobre la presente investigación y habiendo entendido la justificación, los objetivos, los procedimientos a que será sometido (a) el menor a mi cargo, conociendo las molestias y riesgos que podría sufrir, conociendo los beneficios que podría obtener, así como también que se garantizan todos sus derechos, firmo con mi puño y letra, el deseo libre y voluntario de que sea incluido en esta investigación.

Nombre: _____ **Cedula:** _____
Dirección casa: _____ **Barrio:** _____
Teléfono: Fijo. _____ **Celular:** _____

Testigo 1

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Parentesco: _____
Firma: _____

Testigo 2

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Parentesco: _____
Firma: _____

Director del proyecto:
Nombre: Alexandra Borrero
Celular:

Investigador Principal:
Nombre: SibelysFontalvo
Celular: 3015057409

Investigador:
Nombre: Liz Ruiz
Celular: 3007980418

Anexo 5.

ASENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

SINTOMAS DEPRESIVOS, ACTIVIDAD FISICA, CALIDAD DE VIDA Y SU RELACION CON IDEACION Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN ADOLESCENTES DE 10 Y 11 GRADO UN COLEGIO OFICIAL DEL MUNICIPIO DE PALMAR DE VARELA – ATLANTICO

Somos médicos generales, estudiantes de posgrado de la Universidad Simón Bolívar, en el programa de psiquiatría. Estamos realizando un proyecto de investigación, a fin de establecer si existe una relación entre los síntomas depresivos, la actividad física, la calidad de vida con la ideas y conductas autolesivas, en estudiantes de 10 y 11 grado de un colegio oficial del municipio de Palmar de Varela y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en responder unos cuestionarios que se realizarán en la jornada académica. Todos los datos que se recojan en la actividad serán totalmente **privados**. Además, los datos que entregues serán absolutamente **confidenciales** y sólo se usarán para el proyecto de investigación.

Para que puedas participar, también conversaremos con tu padre/madre/tutor, pero, aunque ellos estén de acuerdo en tu participación, tú puedes decidir **libre y voluntariamente** si deseas participar o no.
Si tienes dudas sobre esta actividad o sobre tu participación en ella, puedes hacer preguntas en cualquier momento que lo desees. IgualmenteEs importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, no habrá problema alguno.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una **(✓)** en el cuadrito de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna **(✓)**, ni escribas tu nombre.

☐ Sí quiero participar

Nombre: _____
Fecha: _____

El Padre/madre/tutor ha firmado un consentimiento informado ___Si ___No