

## **CALIDAD DE VIDA Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN MUJERES ADOLESCENTES VULNERABLES**

Alba D. Castañeda Gallego<sup>1</sup>, Doris Cardona Arango<sup>2</sup>  
y Jaiberth A. Cardona Arias<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Universidad Cooperativa de Colombia; <sup>2</sup>Universidad CES;

<sup>3</sup>Universidad de Antioquia (Colombia)

### **Resumen**

En este trabajo se analizó la relación entre calidad de vida y sintomatología depresiva en 230 mujeres adolescentes vulnerables, con una edad media de 12,5 años ( $DT= 2,1$ ). Las adolescentes fueron evaluadas con el KIDSCREEN-27 y el "Inventario de depresión en niños". La presencia de sintomatología depresiva fue 20% y en la calidad todos los dominios de KIDSCREEN fueron mayores a 50 puntos. La salud física fue menor en las adolescentes con mayor escolaridad y anhedonia; la dimensión psicológica de la calidad de vida disminuye con la anhedonia, la autoestima, el ánimo negativo y los problemas interpersonales; la esfera familiar se impacta negativamente con la anhedonia y la autoestima negativa; el apoyo social decrece con los problemas personales y la ineficacia, mientras que la dimensión escolar se afecta negativamente por la anhedonia e ineficacia. Se concluye que la alta prevalencia de sintomatología depresiva en esta población y sus efectos negativos sobre la calidad de vida constituyen un recurso valioso para direccionar acciones sanitarias, implementar programas de prevención de la depresión y promoción de la salud mental.

**PALABRAS CLAVE:** *adolescencia; calidad de vida; síntomas depresivos; KIDSCREEN, CDI.*

### **Abstract**

This paper analyzes the relationship between quality of life and depressive symptomatology in 230 vulnerable adolescent women, with mean age of 12.5 ( $SD= 2.1$ ). The adolescents were evaluated with KIDSCREEN-27 and Children Depression Inventory. The prevalence of depressive symptomatology was 20 percent, and in the quality of life all domains of KIDSCREEN were greater than 50. Physical health was lower in adolescents with higher schooling and anhedonia; the psychological dimension of quality of life diminishes with anhedonia, negative self-esteem, mood, and interpersonal problems; the family sphere is impacted negatively by anhedonia and negative self-esteem; social support decreases with personal problems and ineffectiveness, while the school dimension of quality of life affected negatively by the presence of anhedonia and ineffectiveness. It is concluded that the high prevalence of depressive symptomatology in this population and its negative effects on the quality of life

constitute a valuable input for directing subsequent health actions, implementing programs for the prevention of depression and promoting mental health.

KEY WORDS: *adolescence; quality of life; depressive symptoms; KIDSCREEN, CDI.*

## Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia corresponde a la etapa de la vida entre los 10 y 19 años de edad, una de cada cinco personas en el mundo pertenece a este grupo, de los cuales el 85% vive en países en desarrollo (OMS, 2016). Aunque es reconocido que los niños y adolescentes son capital primordial para el desarrollo humano, social y económico, ellos soportan aproximadamente el 40% de la carga mundial de morbilidad, presentan cambios biológicos, sedentarismo, consumo de tabaco y de alcohol, relaciones sexuales sin protección, exposición a la violencia y otros aspectos que impactan negativamente la salud en la edad adulta (OMS, 2002).

A lo anterior se suman particularidades como baja autoestima, resistencia a la autoridad, necesidad de aceptación por sus iguales, baja tolerancia a las presiones, poco control del estrés, exposición a riesgos en salud como depresión y ansiedad, infección por VIH, accidentes, embarazos no planificados y trastornos nutricionales. El panorama anterior es más preocupante para las mujeres adolescentes quienes también deben afrontar discriminación de sexo, deserción escolar por embarazo, matrimonios tempranos y violencia en el hogar (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] de Colombia, 2005; *World Health Organization* [WHO], 2001).

En Brasil, por ejemplo, 81.000 adolescentes de 15 a 19 años fueron asesinados entre 1998 y 2008, en el ámbito mundial se observa una disminución del 30% de escolaridad entre instrucción primaria y secundaria. Un tercio de los casos nuevos de infección por VIH alrededor del mundo se presenta en jóvenes entre los 15 y los 24 años y en los países en desarrollo una de cada tres niñas contrae matrimonio antes de cumplir 18 años (DANE, 2005). En Colombia el 19,6 % de la población son adolescentes de las cuales el 21% son madres o están en embarazo, el 12% no cuenta con figura paterna y el 19% tiene alteraciones en la salud mental; lo que deriva en múltiples obstáculos para disfrutar de una vida con calidad (Alba, 2010; DANE, 2005).

La OMS define la calidad de vida como una percepción subjetiva, individual y multidimensional de la forma de vida dentro de un contexto social y de valores específico; mientras que calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se refiere a los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la salud que están influenciados por las percepciones de la persona, las enfermedades y los tratamientos (Testa y Simonson, 1996; WHO, 1997). En los adolescentes, algunos autores han indicado que la baja percepción en su calidad de vida concurre con síntomas depresivos. Se ha informado que menos del 5% de pacientes con diagnóstico de depresión reportan tener buena calidad de vida, mientras el 50% reportan tener una pobre o muy pobre calidad de vida; menos del 3% están satisfechos con su salud en general, mientras que el 59% de los pacientes están insatisfechos. Por su parte, los pacientes con depresión experimentan problemas físicos, psicológicos y sociales

que disminuyen la calidad de vida, incluyendo el deterioro de aspectos laborales, ocupacionales y familiares (Revicki, Simon, Chan, Katon y Heiligenstein, 1998; Zeng, Xu y Wang, 2013).

Según el reporte de salud mundial del 2011 de la OMS entre el 10% y el 20% de los niños y adolescentes sufren un trastorno de salud mental como la depresión, la cual afecta su percepción de la calidad de vida, y en caso de no detectarse y tratarse oportunamente, puede trascender a la vida adulta con secuelas irreparables en el desarrollo físico, emocional y social del individuo; lo que pone de manifiesto la necesidad de la evaluación simultánea de ambas condiciones, la depresión y la calidad de vida (WHO, 2015).

Además, se debe tener presente que la prevalencia de depresión en niños preescolares puede oscilar entre el 1% y 2,5% y hasta el final de adolescencia entre el 4% y 9% de los sujetos presentan un episodio depresivo en un período de 12 meses (Goldman, 2012). Durante la adolescencia, el riesgo de ocurrencia de un episodio depresivo se eleva del 5% al 20% (Thapar, Collishaw, Pine y Thapar, 2012). Junto con el trastorno bipolar representan más de una décima parte de la carga global de enfermedad entre los 10 a 24 años y es la fuente más importante de discapacidad (Gore *et al.*, 2011).

Se evidencian diferencias en los síntomas depresivos en la población, siendo los más afectados los grupos menos favorecidos, constituyendo desigualdades en salud que están estrechamente vinculados con factores sociales, económicos, ambientales y calidad de vida. Los jóvenes victimizados, con desventajas socioeconómicas y discriminados se ven más afectados por síntomas de salud mental y la pobreza aumenta el riesgo de trastornos mentales, emocionales y del comportamiento (Perrino *et al.*, 2015). En Estados Unidos estudios muestran que la condición de vulnerabilidad en niños por enfermedad mental de los padres, abuso de sustancias, criminalidad, violencia familiar, abuso físico y sexual está asociada con el inicio de trastornos mentales durante el curso de la vida (Green *et al.*, 2010). El Proyecto de Atención Integral a los Adolescentes Desplazados de Barranquilla, mostró que el 52% de los adolescentes o algún familiar tenían problemas psicológicos al parecer asociados al proceso del desplazamiento, afectando su salud mental expresado como angustia, depresión o aislamiento (Barceló, 2007).

A pesar de lo anterior, en Medellín no se han realizado estudios que exploren la relación entre la calidad de vida de adolescentes en condiciones de vulnerabilidad y la depresión; en el estudio de Vinaccia se reporta que la mayoría de estudios en calidad de vida están concentrados en población adulta (Vinaccia y Quiceno, 2012), otro estudio desarrollado en la ciudad concluyó que la percepción de calidad de vida en los adolescentes puede verse impactada positiva o negativamente por la resiliencia y la depresión (Restrepo, Vinaccia y Quiceno, 2011); y en el estudio de Pardo se afirma que la depresión se relaciona con muy mala percepción de la calidad de vida en la adolescencia, lo que podría exacerbarse durante la adultez (Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004).

Por otro lado, en Colombia el 21,8% de la población desplazada es adolescente y procede de zonas rurales, viéndose obligados a vivir en grandes ciudades en condiciones no favorecedoras para su bienestar físico y emocional

(OMS y Organización Panamericana de la Salud, 2001), llevándolos a una situación de vulnerabilidad, deteriorando su percepción de una buena vida, comparado con adolescentes que no la padecen, dadas las condiciones vividas, acciones estresantes, temor constante, violaciones y menos oportunidades educativas y de apoyo familiar.

Lo expuesto indica que son pocas las investigaciones sobre calidad de vida del adolescente, y casi nulos los estudios que relacionan calidad de vida y sintomatología depresiva en esta población. Particularmente, en los Hogares Infantiles San José, un grupo de instituciones de la arquidiócesis de Medellín (Colombia) que acoge a niñas y adolescentes pobres, huérfanos, víctimas de abandono, desplazamiento y violencia con el objetivo de brindarles protección, educación y servicios de salud (Hogares Infantiles San José, 2016), no se han desarrollado investigaciones para establecer el perfil de calidad de vida, la prevalencia de sintomatología depresiva y su relación, como base para la orientación de acciones de intervención individual y colectiva que redunden en un mejoramiento de la calidad de vida de esta población. El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre calidad de vida y sintomatología depresiva en adolescentes de una institución de atención a mujeres vulnerables en Colombia.

## Método

### *Participantes*

Participaron 230 mujeres que representan la población total de adolescentes de los Hogares San José en Medellín (Colombia). Las chicas tenían entre 10 años y 18 años ( $M= 12,5$ ;  $DT= 2,1$ ). En los años de estudio aprobados la media fue 5,8 ( $DT= 2,2$ ; rango: 2-11). En la tabla 1 se incluyen datos más detallados sobre la escolaridad, la procedencia, el tipo de familia y la morbilidad sentida.

### *Instrumentos*

- a) KIDSCREEN-27 (*KIDSCREEN Group Europe, 2006*). Esta escala mide la calidad de vida de niños y adolescentes, ajustando por edad y evaluando todos los aspectos relevantes para la salud de esta población, con el fin de identificar las personas en mayor riesgo de presentar alteraciones de salud, estimar la carga de la enfermedad o discapacidad. La escala consta de 27 ítems y genera un perfil con una puntuación de 0 (peor resultado) a 100 (mejor calidad de vida). Evalúa la percepción de calidad de vida de los adolescentes durante las últimas semanas, en cinco dimensiones, *Actividad física y salud, Estado de ánimo y sentimientos, Vida familiar y tiempo libre, Apoyo social y amigos y Entorno escolar*. El KIDSCREEN ha sido validado y adaptado culturalmente en 35 países, incluidos países de América Latina como Argentina, Brasil y Chile; en Colombia se han validado las versiones del KIDSCREEN-52 y el KIDSCREEN-27. La validación y adaptación cultural del KIDSCREEN-27 presentó consistencia interna mayor a 0,7, coeficientes de correlación intraclase superior a 0,87 y fiabilidad interobservador e intraobservador superior a 0,8 (Quintero, Lugo,

García y Sánchez, 2011). La escala posee adecuados índices de fiabilidad ( $\alpha$  de Cronbach mayor a 0,70), validez de constructo y validez de criterio y los valores de referencia para niños, adolescentes y padres permiten comparaciones grupales, así como el diagnóstico individual (KIDSCREEN Group Europe, 2006).

**Tabla 1**  
Distribución de frecuencias de las variables cualitativas del estudio (n= 230)

Variables		Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Rango de edad	Menores de 15 años	184	80,3
	15 o más años	45	19,7
Años de estudio	2-4 años	83	36,1
	5 años	37	16,1
	6-7 años	54	23,5
	8-9 años	41	17,8
	10-11 años	15	6,5
Procedencia	Medellín	190	82,6
	Otro área metropolitana	29	12,6
	Fuera área metropolitana	11	4,8
Tipo de familia	Extensa	105	45,7
	Monoparental	77	33,5
	Nuclear	48	20,9
Morbilidad sentida	No	158	68,7
	Sí	72	31,3
Enfermedad (n= 72)	Ojos y anexos	32	44,4
	Alergia	22	30,6
	Otros	18	25,0

Nota: De una niña no se obtuvo registro de la edad.

- b) "Inventario de depresión infantil" (*Children Depression Inventory*, CDI; Kovacs, 1992). Para la medición de sintomatología depresiva en las adolescentes se utilizó el CDI. La versión original presentó excelente reproducibilidad y validez (Frigerio, Pesenti, Molteni, Snider y Battaglia, 2001; Kovacs, 1992). Esta escala ha sido usada ampliamente a nivel internacional y adaptada y validada por Posada y Rúa en adolescentes de Medellín, con un alfa de Cronbach de 0,80. La validación para Medellín se hizo con adolescentes entre los 13 y 17 años de edad, con dos poblaciones: una clínica de 42 hombres y 31 mujeres y una no clínica de 249 hombres y 248 mujeres procedentes de los diferentes establecimientos educativos. De esta validación surgió el CDI-LA. El CDI se compone 27 ítems agrupados en cinco áreas básicas de medición: *Ánimo negativo*, *Problemas interpersonales*, *Ineficacia*, *Anhedonia* y *Autoestima negativa*. Cada ítem consta de tres alternativas de respuestas con valores de 0, 1 y 2 donde la mayor calificación indica mayor grado o riesgo de depresión en las últimas dos semanas. La calificación total tiene un rango entre 0 y 54 puntos, en el cual se considera que la persona es positiva para cada síntoma

depresivo con valores iguales o mayores a 19 (Posada y Rúa, 1996). Cabe aclarar que la escala original de 0-54 fue transformada a una puntuación de 0 (menor sintomatología) - 100 (mayor frecuencia de síntomas) para homologar las puntuaciones de sintomatología depresiva con los de calidad de vida.

### *Procedimiento*

Se empleó una fuente de información primaria basada en una encuesta con información sociodemográfica como edad, escolaridad, procedencia y tipo de familia; el KIDSCREEN y el CDI, cuya aplicación fue asistida. Para el contacto inicial se presentó el proyecto a la directora y las dos psicólogas del Hogar, se obtuvo el aval institucional, se realizó una presentación general del proyecto, diligenciamiento de consentimiento o asentimiento informado y finalmente una encuestadora, previamente capacitado para el trabajo de campo y el respeto por los principios éticos de la investigación con las adolescente, aplicó la encuesta de cada participante en un lapso de 15 a 20 minutos; en caso de hallar puntuaciones de riesgo en el CDI o el KIDSCREEN diligenció un formato de remisión a medicina general, psicología o psiquiatría.

Esta investigación cumplió los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos dadas en la Declaración de Helsinki (2013), la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (1994) y fue avalada por el Comité de ética de la Universidad CES.

Para controlar potenciales sesgos de información se realizó capacitación a las encuestadoras, prueba piloto, un instructivo para la base de datos, doble digitación, motivación a las adolescentes, aplicación de instrumentos válidos y con excelentes propiedades psicométricas en la población de estudio. No se identificaron variables que durante el análisis pudieron propiciar confusión, a la luz de los tres criterios básicos que debe cumplir una variable confusa: estar relacionada con la variable dependiente (CVRS o sintomatología depresiva), presentar asociación con la variable independientes, y no ser un paso intermedio en el potencial horizonte causal (Cardona, 2015).

Como criterios de inclusión para las participantes se establecieron los siguientes: tener entre 10 y 19 años, estancia mínima en el hogar de un trimestre y firmar consentimiento informado. *A priori* se establecieron como criterios de exclusión el negarse a participar voluntariamente en el estudio o exigir algún tipo de remuneración; sin embargo, ninguna cumplió con los criterios de exclusión y el estudio abarcó la población total, por lo que no fue necesario estimar un tamaño de muestra ni precisar de una estrategia de muestreo.

Dadas las singularidades de este grupo de estudio, vale precisar que los requisitos de admisión de las adolescentes en los Hogares San José incluyen tener algún grado de orfandad, evidenciar la falta de recursos económicos por parte de los cuidadores o por ellas mismas para satisfacer sus necesidades básicas, manifestar expresamente su intención de permanecer en el hogar y acceder a una evaluación psicológica que califica el grado de afectación y estabilidad emocional que asegure que su condición no impide la convivencia con otras adolescentes. La mayoría de estas adolescentes han sido sometidas a situaciones de estrés

psicológico, como duelos no superados por muertes violentas o desaparición de seres queridos o miembros de la comunidad a la que pertenecen, violaciones, desplazamiento forzoso y refugio en las grandes ciudades en circunstancias que hacen evidente el deterioro de su calidad de vida.

### *Análisis de datos*

Las condiciones sociodemográficas y las puntuaciones de las escalas se describieron mediante proporciones y medidas de resumen, se determinó la distribución de los datos con base en la prueba de Kolmogorov Smirnov.

Para la evaluación de las propiedades psicométricas de reproducibilidad de las escalas se analizaron: la fiabilidad, a través del cálculo de alfa de Cronbach, donde se consideró un valor mayor de 0.7 como satisfactorio; la consistencia interna, a través de correlaciones de Spearman de cada ítem con su dimensión, considerada satisfactoria cuando el resultado fue mayor 0,4; y el poder discriminante, a través de correlaciones de Spearman, considerado satisfactoria cuando se halló una menor correlación entre cada ítem con las dimensiones a las cuales no pertenece en comparación con la correlación ítem-dimensión a la cual pertenece; además se determinó la validez de contenido o conservación de la estructura inicial de cada escala, mediante un análisis factorial exploratorio (método de extracción de componentes principales), tomando como satisfactorias las cargas factoriales o coeficientes  $\lambda$  mayores a 0,3 para cada ítem con su factor (Lujan y Cardona, 2015).

Para la identificación de los factores asociados con las puntuaciones de calidad de vida y sintomatología depresiva se realizaron las pruebas U de Mann Whitney para las variables dicotómicas y H de Kruskal Wallis para las politómicas, dado el incumplimiento del supuesto de normalidad. Se estableció la prevalencia de sintomatología depresiva general y por cada dimensión del CDI, éstas se compararon con el grupo etario, la procedencia y la morbilidad sentida a través de la prueba chi cuadrado de Pearson (para datos nominales) y con la escolaridad y el tipo de familia a través de la prueba chi cuadrado de tendencia lineal (para datos ordinales). Las puntuaciones de calidad de vida, sintomatología depresiva, edad y años de estudio se compararon con correlaciones de Spearman (Cardona, 2015).

Se realizaron modelos de regresión lineal multivariante tomando como variables dependientes las puntuaciones de cada una de las dimensiones de KIDSCREEN y como variables independientes las puntuaciones de los dominios del CDI, ajustado por otras variables independientes asociadas con las puntuaciones de CVRS como la escolaridad y la edad. En cada modelo se evaluaron los supuestos normalidad de los residuos con Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, Homocedasticidad de los residuales con el método gráfico y el estadístico de Levene y no correlación (aleatoriedad) de los residuos con la prueba de Durbin Watson. Se analizó la colinealidad con el Factor de Inflación de la Varianza (FIV) y la linealidad con Anova. En todos los análisis se tomó un nivel de significación estadística menor a 0.05 (Cardona, 2015).

La base de datos y los análisis estadísticos se realizaron en el *Statistical Package for Social Science* SPSS versión 24.0 (IBM Corp., 2016).

## Resultados

### *Propiedades psicométricas de las escalas*

La evaluación de la reproducibilidad de ambas escalas fue excelente, con resultados de alfa de Cronbach mayores de 0,7 en todos los dominios, excepto en el dominio *Entorno escolar* del KIDSCREEN (alfa de Cronbach= 0,66). En la consistencia interna se encontró para las dos escalas que todos los dominios presentaron un porcentaje de éxito del 100% y todos los coeficientes de correlación de Pearson fueron mayores de 0,4, excepto en el CDI Total donde el porcentaje de éxito fue del 92,6% con algunas correlaciones menores de 0,4. El poder discriminante de las escalas arrojó un porcentaje de éxito del 100% en todos los dominios (tabla 2) y el análisis factorial exploratorio evidenció el cumplimiento de los constructos inherentes a ambas escalas.

**Tabla 2**

Fiabilidad, consistencia interna y poder discriminante del KIDSCREEN y el "Inventario de depresión infantil" (CDI)

Cuestionarios/ Factores	$\alpha$ de Cronbach	Consistencia interna		Poder discriminante	
		Rango de correlaciones	Porcentaje de éxito	Rango de correlaciones	Porcentaje de éxito
CDI					
Ánimo negativo	0,72	0,42-0,68	100 (6/6)	0,10-0,47	100 (24/24)
Problemas interpersonales	0,72	0,41-0,70	100(4/4)	0,06-0,45	100 (16/16)
Ineficacia	0,77	0,56-0,73	100(4/4)	0,19-0,34	100 (16/16)
Anhedonia	0,73	0,42-0,60	100(8/8)	0,07-0,36	100 (32/32)
Autoestima negativa	0,77	0,54-0,69	100(5/5)	0,20-0,38	100 (20/20)
Total	0,85	0,18-0,57	93(25/27)	--	--
KIDSCREEN					
Actividad física y salud	0,77	0,67-0,73	100(5/5)	0,15-0,39	100 (20/20)
Estado de ánimo y sentimientos	0,77	0,57-0,64	100(7/7)	0,10-0,38	100 (28/28)
Vida familiar y tiempo libre	0,7	0,51-0,63	100(7/7)	0,08-0,37	100 (28/28)
Apoyo social y amigos	0,7	0,66-0,77	100(4/4)	0,11-0,29	100 (16/16)
Entorno escolar	0,66	0,62-0,79	100(4/4)	0,11-0,34	100 (16/16)



*Perfil de calidad de vida y prevalencia de síntomas depresivos*

El perfil de calidad de vida de las adolescentes de los Hogares San José de Medellín según el KIDSCREEN fue bueno, encontrando que los mayores puntuaciones correspondían a los dominios *Apoyo social y amigos* y *Entorno escolar*, en los cuales el 50% de los valores centrales se encontraban entre 56,3 y 87,5, ambos tenían una media de 71,7 con una variación respecto a la media de 21,4 para *Apoyo social y amigos* y 18,5 para *Entorno escolar* y unos valores mínimos y máximos de 0 y 100 para *Apoyo social y amigos* y 18,8 y 100 para *Entorno escolar*. En el dominio *Actividad Física y salud* el 50% de los valores centrales se encontraban entre 45 y 75, un promedio de 61,1<sup>±21,3</sup>. En el dominio *Estado de ánimo y sentimiento* el 50% de los valores centrales se encontraban entre 53,6 y 75 con una media de 62,3. Para *Vida familiar y tiempo libre* el 50% de los valores centrales se encontraban entre 50,0 y 75,0 (tabla 3).

Con base en el CDI la prevalencia global de síntomas depresivos fue del 20%, las prevalencias específicas fueron *Anhedonia* 40,9%, *Ineficacia* 35,2%, *Ánimo negativo* 17,0%, *Problemas interpersonales* 17,0% y *Autoestima negativa* 19,6%. En la puntuación total de esta escala el 50% de las adolescentes presentó entre 1,9 y 22,2 puntos, con un 50% de los valores centrales entre 13,0 y 31,5 (tabla 3).

**Tabla 3**

Puntuaciones obtenidas por la muestra en el KIDSCREEN y el "Inventario de depresión infantil" (CDI)

Dimensiones de la escala	Mediana (RI)	$M \pm DT$	Rango
KIDSCREEN			
Actividad Física y salud	60,0 (45,0-75,0)	61,1 $\pm$ 21,3	5,0-100,0
Estado de ánimo y sentimientos	60,7 (53,6-75,0)	62,3 $\pm$ 17,9	7,1-100,0
Vida familiar y tiempo libre	60,7 (50,0-75,0)	60,8 $\pm$ 18,0	10,7-100,0
Apoyo social y amigos	68,8 (56,3-87,5)	71,7 $\pm$ 21,4	0,0-100,0
Entorno escolar	68,8 (56,3-87,5)	71,7 $\pm$ 18,5	18,8-100,0
CDI			
Ánimo negativo	16,7 (8,3-33,3)	21,7 $\pm$ 17,1	0,0-75,0
Problemas interpersonales	12,5 (0,0-25,0)	16,7 $\pm$ 16,1	0,0-87,5
Ineficacia	25,0 (12,5-37,5)	24,2 $\pm$ 21,6	0,0-100,0
Anhedonia	31,3 (18,8-37,5)	30,4 $\pm$ 18,4	0,0-87,5
Autoestima negativa	20,0 (10,0-30,0)	21,3 $\pm$ 19,3	0,0-90,0
Total	22,2 (13,0-31,5)	23,8 $\pm$ 13,9	1,9-72,2

Nota: RI= rango intercuartil.

*Factores asociados con sintomatología depresiva y la calidad de vida*

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las dimensiones del CDI y el grupo etario, los años de estudio, la procedencia, el tipo de familia ni la morbilidad sentida ( $p > 0,05$ ). Tampoco se halló asociación entre las dimensiones

de calidad de vida y la procedencia, el tipo de familia y la morbilidad sentida ( $p > 0,05$ ).

Las dimensiones de *Actividad física y salud*, *Estado de ánimo y sentimientos* y *Entorno escolar* tuvieron asociación estadísticamente significativa e inversa con la edad ( $p = 0,01$ ) y la escolaridad ( $p = 0,01$ ), indicando peor perfil de calidad de vida en estos dominios para las adolescentes con mayor edad y más años de estudio (tabla 4).

**Tabla 4**

Coefficientes de correlación de Spearman entre calidad de vida y sintomatología depresiva, edad y escolaridad

Variables	Calidad de vida (KIDSCREEN)				
	Actividad física y salud	Estado de ánimo y sentimientos	Familia y tiempo libre	Apoyo social y amigos	Entorno escolar
Sintomatología depresiva (CDI)					
Ánimo negativo	-0,173**	-0,466**	-0,206**	-0,209**	-0,203**
Problemas interpersonales	-0,195**	-0,375**	-0,142*	-0,197**	-0,296**
Ineficacia	-0,163*	-0,278**	-0,185**	-0,039	-0,376**
Anhedonia	-0,291**	-0,444**	-0,295**	-0,218**	-0,318**
Autoestima negativa	-0,205**	-0,439**	-0,345**	-0,213**	-0,306**
Puntuación total	-0,288**	-0,545**	-0,314**	-0,239**	-0,397**
Edad	-0,244**	-0,143*	-0,108	0,026	-0,218**
Escolaridad	-0,311**	-0,176**	-0,071	0,051	-0,226**

Notas: CDI= "Inventario de depresión en niños". \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

Se encontró relación estadísticamente significativa entre todos los dominios del KIDSCREEN y todas las dimensiones del CDI ( $p < 0,01$ ), con una asociación negativa que evidencia un peor perfil de calidad de vida en las adolescentes con las mayores puntuaciones en las dimensiones de sintomatología depresiva del CDI. Entre las dimensiones del CDI, la anhedonia fue la que demostró correlaciones más altas con la calidad de vida, relación que fue confirmada en las regresiones lineales (tabla 4).

Finalmente, en el ajuste multivariado se encontró que, entre las variables asociadas con la dimensión *Actividad física y salud* en el análisis bivariado, sólo la *Anhedonia* y la escolaridad conservaron su significación estadística permitiendo identificarlas como potenciales factores predictivos de esta dimensión de CVRS en la población de estudio. Por su parte, en la dimensión de *Estado de ánimo y sentimientos* fueron la escolaridad y todas las dimensiones del CDI exceptuando la *Ineficacia*; en *Vida familiar y tiempo libre* fueron la *Anhedonia* y la *Autoestima negativa*; en la dimensión de *Apoyo social y amigos* fueron las sintomatologías relacionadas con *Problemas interpersonales* e *Ineficacia*; y en el dominio de *Entorno escolar* la *Ineficacia* y la *Anhedonia* (tabla 5).

**Tabla 5**

Modelos de regresión lineal (coeficientes de regresión) para las dimensiones de calidad de vida

Variables independientes	Calidad de vida				
	Actividad física y salud	Estado de ánimo y sentimientos	Familia y tiempo libre	Apoyo social y amigos	Entorno escolar
Ánimo negativo	-0,079	-0,254**	-0,024	-0,193	0,039
Problemas interpersonales	-0,159	-0,212**	0,012	-0,274**	-0,103
Ineficacia	0,013	0,037	0,020	0,164*	-0,213**
Anhedonia	-0,227**	-0,205**	-0,190*	-0,146	-0,148*
Autoestima negativa	-0,080	-0,207**	-0,256**	-0,098	-0,093
Edad	-0,038	0,333	-1,618	-0,840	-1,061
Escolaridad	-3,107**	-2,192**	0,326	1,209	-0,812
Coefficiente de determinación	18,4%	45,4%	18,1%	15,6%	22,8%

Nota: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

## Discusión

En este estudio se utilizó la escala de KIDSCREEN para definir el perfil de calidad de vida de las adolescentes de los Hogares San José de Medellín, demostrando que tiene muy buenas propiedades psicométricas de reproducibilidad y validez de contenido. Esto coincide con Quintero y colaboradores quienes validaron el KIDSCREEN en el área metropolitana de Medellín mostrando que tiene adecuadas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez; lo que permite su uso en esta población (Quintero *et al.*, 2011). Además, se justifica en estudios previos, particularmente en la revisión sistemática de Higueta y Cardona del periodo 1970-2013, en la que encontraron que los cinco instrumentos más usadas para evaluar calidad de vida en adolescentes fueron el "Inventario de calidad de vida pediátrica" (*Pediatric Quality of Life Inventory*, PEDSQL; Varni, 1998), la "versión corta del Estudio de resultados en salud" (*Medical Outcome Study Short Form*, MOSSF; Hays, 1995), el "Cuestionario de salud infantil" (*Child Health Questionnaire*; Landgraf, 1996), el "Instrumento alemán de calidad de vida general para niños" (*German Generic Quality of Life Instrument for Children*; Bullinger, 1994) y la KIDSCREEN, siendo el primero el más usado y recomendado para estudiar el perfil de CVRS de adolescentes con alguna enfermedad y el último en individuos sanos (Higueta y Cardona, 2015). Además, debe tenerse presente que las propiedades psicométricas deben medirse cada vez que se aplique una escala en una población específica, como indicador de validez interna y externa de los resultados, en este caso, los perfiles de calidad de vida y sintomatología depresiva (Campo y Oviedo, 2008).

Para la tamización de síntomas depresivos se usó el CDI, encontrando igualmente muy buenas propiedades psicométricas de reproducibilidad y validez de contenido. Esto concuerda con estudios previos que demuestran que este

instrumento en su puntuación global o en sus diferentes dimensiones, valora homogéneamente y diferencia la presencia y ausencia de síntomas depresivos (Sandí *et al.*, 1999). Asimismo, un estudio en Cuba mostró que en adolescentes entre 12 y 15 con puntuación alta en el CDI, el 100% fue diagnosticado posteriormente con depresión por los especialistas (Pérez, Guerra, Mengana, Nóbrega y Grau, 2014). Se explica también en los resultados del estudio de Timbremont y colaboradores que indicaron cómo la puntuación total del CDI es predictivo de un trastorno depresivo y destacan la utilidad de esta escala como herramienta para la tamización de trastornos depresivos en niños y adolescentes (Timbremont, Braet y Dreessen, 2004).

Las adolescentes de la población de estudio mostraron una percepción satisfactoria de su calidad de vida, lo que concuerda con el estudio de Quintero y colaboradores en población adolescente sana en Medellín, en quienes las puntuaciones de todas las dimensiones fueron mayores de 50 (Quintero *et al.*, 2011). Igualmente, un estudio en Medellín que usó un cuestionario similar al KIDSCREEN, llamado *Kid-Kindl* para calidad de vida en niños y adolescentes de 8 a 12 años, halló un perfil de calidad de vida similar en sus seis dimensiones: bienestar físico, bienestar emocional, autoestima, familia, amigos y escuela (Restrepo *et al.*, 2011).

Lo anterior pone de manifiesto que la población de este estudio no tiene un perfil de calidad de vida tan deteriorado como se esperaba por sus condiciones de vulnerabilidad social y económica, al tiempo permite hipotetizar que la estancia en los Hogares San José se comporta como una condición favorable para la calidad de vida de las adolescentes. A pesar de que algunas publicaciones previas han indicado que el hecho de crecer en ámbitos de exclusión social, afecta las habilidades sociales o la capacidad de enfrentar situaciones del orden colectivo y problemas personales o conductuales (Mata, Conrado y Calero, 2016).

Los resultados de este estudio, coinciden con el estudio de Cardona e Higuita en que las puntuaciones de las dimensiones *Actividad física y salud*, y *Ánimo y sentimientos* fueron los más bajos, así como los dominios *Entorno escolar* y *Apoyo social y amigos* presentaron las puntuaciones más altas en ambos estudios. También coinciden con las puntuaciones de la población adolescente sana del estudio de Quintero, donde la dimensión *Actividad física y salud* mostró las puntuaciones más bajas (Higuita *et al.*, 2014; Quintero *et al.*, 2011). En estos estudios la dimensión *Actividad Física y salud* aparece como un aspecto afectado en las adolescentes de diferentes contextos de la ciudad de Medellín, lo que puede indicar que ésta constituye un área prioritaria para acciones de vigilancia y prevención primaria.

Asimismo, las puntuaciones bajas en el dominio *Actividad física y salud* pueden manifestar la percepción de las adolescentes frente a los cambios fisiológicos propios de esta etapa de la vida que generan inconformidad física, una distorsión de su cuerpo y de su estado de salud, representado en molestias, dolores físicos, cambios progresivos en la figura, entre otros que derivan en la afectación de su calidad de vida.

Las altas puntuaciones en los dominios *Entorno escolar* y *Apoyo social y amigos*, evidencia que las adolescentes de esta institución están satisfechas con su

entorno escolar y conservan buenas relaciones con sus compañeras; condiciones importantes para su etapa vital, donde se reconoce la necesidad de pertenecer a un grupo y ser aceptado por sus miembros, como parte fundamental de su salud social y emocional, en la medida que el apoyo de los iguales es determinante para el desarrollo y la calidad de vida de este tipo de población (Higuita *et al.*, 2014).

La prevalencia de síntomas depresivos en la población de estudio resulta alta frente a lo informado en Colombia; en un estudio en Chía donde su ocurrencia fue del 11% en adolescentes entre 10 y 17 (Ospina, Hinestrosa, Paredes, Guzmán y Granados, 2011), en Bucaramanga la prevalencia fue del 9,2% en escolares entre 8-11 años de edad (Mantilla, Sabalza, Díaz y Campo, 2004), mientras que en un estudio en niños de 8 a 12 años en la Ceja la prevalencia fue 25,2% (Vinaccia *et al.*, 2006). Esto pone de manifiesto la divergencia en la ocurrencia del evento cuando se incluyen situaciones de vulnerabilidad, como en este caso, donde las adolescentes del Hogar San José han pasado por situaciones de violencia, desplazamiento, estrés y violación, afectando su salud mental y su calidad de vida.

La edad presentó una asociación inversa con los dominios de calidad de vida, aunque en el análisis multivariado no conservó su significación estadística; estudios previos han mostrado el mismo comportamiento el de Higuita y colaboradores que reportó coeficientes de correlación de Spearman negativos entre la edad y los dominios del KIDSCREEN, y Quintero mostró diferencias entre niños y adolescentes, siendo mejor la percepción de la calidad de vida en los primeros; lo que demuestra consistencia en el hecho que, en la medida que el adolescente aumenta su edad, se hace más exigente o negativa su percepción de las diferentes dimensiones que configuran y determinan su calidad de vida, probablemente como consecuencia de los cambios físicos y mentales, las presiones sociales y las exigencias de la adultez próxima; al tiempo que permite identificar al grupo de la adolescencia tardía como el de mayor prioridad para las acciones en salud (Higuita *et al.*, 2014; Quintero *et al.*, 2011).

En cuanto a la escolaridad no se hallaron asociaciones con los dominios del CDI (probablemente por una baja potencia estadística en los análisis de subgrupo); sin embargo, se evidencia una tendencia hacia menores frecuencias de síntomas depresivos en las adolescentes con mayor número de años de estudio; esto coincide con el hallazgo descrito por Mantilla y colaboradores quienes reportaron que la frecuencia de síntomas depresivos disminuye con un mayor grado de escolaridad (Mantilla *et al.*, 2004), lo que pondría de manifiesto el efecto protector de la educación formal sobre la sintomatología depresiva y la salud mental en general, así como la necesidad de garantizar el acceso a educación de buena calidad en los niños y adolescentes.

La *Anhedonia* fue la dimensión o síntoma depresivo con mayor efecto en las dimensiones de calidad de vida, de igual manera Vinaccia y colaboradores encontraron que 45,4% de los sujetos evaluados en su estudio manifestaron no poder divertirse con muchas situaciones que antes le producían placer (Vinaccia *et al.*, 2006). Esto pone en manifiesto la incapacidad de muchas adolescentes de la población de estudio de experimentar placer con actividades que desarrollan en la actualidad e invita a la creación de estrategias de alerta y detección temprana de

esta condición, como principal factor predictivo de calidad de vida en estas adolescentes.

Por otro lado, las altas puntuaciones en el dominio *Ineficacia* del CDI, que hace referencia al desempeño académico, social y personal, y el impacto negativo que ejerce sobre las dimensiones *Entorno escolar* y *Apoyo social y amigos* de la calidad de vida, dan cuenta de cómo estas adolescentes se ven afectadas negativamente por las críticas que los demás puedan hacer a su desempeño, expresa las dificultades que experimentan a la hora de hacer sus labores académicas y da señales de la insatisfacción que este desempeño les genera. Esto aporta elementos que pudieran ser estudiados para disminuir la prevalencia de síntomas depresivos en esta población y mejorar la calidad de vida, promoviendo la autoestima, la resistencia a la crítica externa y la capacidad de auto-crítica positiva.

La dimensión *Vida familiar y tiempo libre* del KIDSCREEN se va afectada negativamente por *Anhedonia* y *Autoestima negativa* del CDI, hallazgo que coincide con Restrepo y Vinaccia en Medellín e indica que las buenas relaciones de los adolescentes con los padres y la percepción de un ambiente familiar confortable, ejercen un efecto protector frente a la *Anhedonia* y *Autoestima negativa* (Restrepo et al., 2011). En este orden de ideas, un estudio previo con 2.060 adolescentes andaluces demostró la relación del contexto familiar con el desarrollo social, indicando cómo los estilos de crianza y la disciplina parental influyen en la competencia social, la ansiedad y la autoestima durante la adolescencia (Gómez, Casas y Ortega, 2016).

En general, la asociación encontrada entre cada uno de los dominios del KIDSCREEN y al menos una de las dimensiones de sintomatología depresiva del CDI en las adolescentes estudiadas, es un hallazgo que coincide con los resultados del estudio de Restrepo y Vinaccia en Medellín, en cuanto el CDI tuvo correlaciones negativas con las dimensiones del cuestionario Kid-Kindl: bienestar emocional, familia, escuela y la puntuación total, mostrando que la calidad de vida de una población de niños de 10 a 12 años de Medellín se ve afectada negativamente por los síntomas depresivos del cuestionario CDI (Restrepo et al., 2011).

Entre las limitaciones del estudio se encuentra el sesgo temporal de los estudios transversales, con lo cual las asociaciones estadísticas son exploratorias y no causales; además, las enfermedades de los adolescentes no se evaluaron con registro clínico sino con una encuesta de morbilidad sentida. Con relación al último punto se ha indicado que la morbilidad atendida o basada en registros clínicos no incluyen los diagnósticos reales del adolescente por desconfianza con el personal asistencial, falta de interés en el adolescente, las largas esperas y atención de mala calidad, baja periodicidad y oportunidad (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2011); por ello, la morbilidad sentida es recomendada para este tipo de tamizaciones debido a que toma los datos suministrados por el adolescente acerca de sus percepciones, conocimientos e interpretaciones del estado de salud, lo que podría representar exhaustivamente las enfermedades más comunes de la población (Agudelo, Giraldo y Romero, 2007).

Otro aspecto a ser considerado es que las encuestadas fueron aplicadas a adolescentes de sexo femenino, ya que el Hogar San José solo recibe mujeres en

situación de vulnerabilidad por desplazamiento forzado, lo que implica que el sexo no sea incluido como variable, como se ha hecho en estudios similares e impide la comparabilidad de los hallazgos, pero no los invalida. Esta limitación, deriva en una recomendación para estudios posteriores, la cual consiste en evaluar simultáneamente el efecto del sexo y las condiciones de vulnerabilidad sobre la calidad de vida y la sintomatología depresiva.

Los hallazgos de este y otros estudios develan afectaciones de la calidad de vida del adolescente y su relación negativa con la depresión, a pesar que esta última presentó una mayor ocurrencia en las mujeres de los Hogares San José. Esto sustenta varias recomendaciones; *i*) la diversidad de la frecuencia de depresión, evidencia la necesidad de realizar investigaciones en cada población que desee implantarse acciones de prevención y atención, *ii*) la confluencia de diferentes condiciones de vulnerabilidad y depresión, así como el efecto negativo de esta última sobre la calidad de vida, permiten generalizar los resultados a otros grupos similares, con el fin de permitir la focalización de personas en mayor riesgo o que requieren acciones prioritarias, *iii*) el efecto protector de diferentes grupos u organizaciones de ayuda a poblaciones vulnerables, en este caso los Hogares San José, sobre el perfil de calidad de vida de las adolescentes, evidencia la relevancia de direccionar recursos públicos y mejorar las políticas públicas relacionadas con la prevención de la depresión y promoción de la salud mental de los adolescentes.

En resumen, este estudio muestra la alta prevalencia de sintomatología depresiva en la población de estudio, y su efecto negativo sobre las dimensiones de calidad de vida, particularmente la *Anhedonia*; esto constituye un recurso valioso para acciones sanitarias posteriores, mejorar los programas de criba de estos eventos en adolescentes e implementar programas de prevención de la depresión y promoción de la salud mental, con el fin disminuir su condición de vulnerabilidad.

## Referencias

- Agudelo, S., Giraldo, A. y Romero, V. (2012). Percepción del estado de salud en la región central colombiana: Encuesta Nacional de Salud, 2007. *Revista Salud Pública*, 4, 899-911.
- Alba, L. (2010). Salud de la adolescencia en Colombia: bases para una medicina de prevención. *Universitas Médica*, 51, 29-42.
- Barceló, R. (2007). Desplazamiento, salud y pobreza: obstáculos para el desarrollo de los adolescentes más vulnerables de asentamientos marginales de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 23, 302-316.
- Campo, A. y Oviedo, H. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Revista Salud Pública*, 10, 831-839.
- Cardona, J. (2015). Ortodoxia y fisuras en el diseño y ejecución de estudios descriptivos. *Revista MED*, 23, 40-51.
- Declaración de Helsinki (2013). *Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Recuperado de: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia. *Censo Nacional 2005*. Recuperado de: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/censos>.

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011). *Estado mundial de la infancia 2011: la adolescencia una época de oportunidades*. Nueva York, NY: UNICEF.
- Frigerio, A., Pesenti, S., Molteni, M., Snider, J. y Battaglia, M. (2001). Depressive symptoms as measured by the CDI in a population of northern Italian children. *European Psychiatry*, 16, 33-37.
- Goldman, S. (2012). Developmental epidemiology of depressive disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21, 217-235.
- Gómez, O., Casas, C. y Ortega, R. (2016). Ansiedad social en la adolescencia: factores psicoevolutivos y de contexto familiar. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 24, 29-49.
- Gore, F., Bloem, P., Patton, G., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., Sawyer, S. y Mathers, C. (2011). Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*, 377, 2093-2102.
- Green, J., McLaughlin, K., Berglund, P., Gruber, M., Sampson, N., Zaslavsky, A. y Kessler, R. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67, 113-123.
- Higueta, L. y Cardona J. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes: revisión sistemática de las investigaciones publicadas en el periodo 1970-2013. *Médicas UIS*, 28, 23-30.
- Higueta, L. y Cardona J. (2016). Calidad de vida de adolescentes escolarizados de Medellín-Colombia, 2014. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34, 145-155.
- Hogares Infantiles San José. (2016). *Presentación Fundación Hogares Infantiles San José*. Recuperado de: <http://hogaresinfantilessanjose.org>.
- IBM Corp. Released 2016. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0 [programa de ordenador]. Armonk, NY: IBM Corp.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory CDI. Manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Luján, J. y Cardona, J. (2015). Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. *Archivos de Medicina*, 11, 1-12.
- Mantilla, L., Sabalza, L., Díaz, L. y Campo, A. (2004). Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33, 163-171.
- Mata, S., Conrado, M. y Calero, M. (2016). Sociabilidad y problemas de conducta en adolescentes con riesgo de exclusión social. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 24, 127-140.
- Ministerio de salud de Colombia (1994). *Resolución número 8430 del 4 de octubre de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Recuperado de: [http://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf).
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente*. Recuperado de: [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/EB111/seb1117.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB111/seb1117.pdf).
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Salud de la madre, le recién nacido, el niño y el adolescente. ¿Qué problemas de salud tienen los adolescentes y qué cabe hacer para prevenirlos y responder a ellos?* Recuperado de: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/).
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2011). *La juventud colombiana en el naciente milenio*. Recuperado de: <http://www.col.ops-oms.org/juventudes/Situacion/DESPLAZAMIENTO.html>.



- Ospina, F., Hinestrosa, M., Paredes, M., Guzmán, Y. y Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Revista Salud Pública*, 13, 908-920.
- Pardo, G., Sandoval, A. y Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 17-32.
- Pérez, Y., Guerra, V., Mengana, K., Nóbrega, M. y Grau, R. (2014). Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en adolescentes de 12 a 15 años. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 11.
- Perrino, T., Beardslee, W., Bernal, G., Brincks, A., Cruden, G., Howe, G., Murry, V., Pantin, H., Prado, G., Sandler, I. y Brown, C. (2015) Toward scientific equity for the prevention of depression and depressive symptoms in vulnerable youth. *Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research*, 16, 642-651.
- Posada, A. y Rúa, C. (1996). *Validación del instrumento Children's Depression Inventory (CDI) para detección de sintomatología depresiva en adolescentes*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Quintero, C., Lugo, L., García, H. y Sánchez, A. (2011). Validación del cuestionario KIDSCREEN-27 de calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes de Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40, 470-487.
- Reátegui, D. y Vargas, H. (2008). Síntomas depresivos en pacientes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Médica Herediana*, 19, 96-100.
- Restrepo, C., Vinaccia, S. y Quiceno, J. (2011). Resiliencia y depresión: un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia. *Suma Psicológica*, 8, 41-48.
- Revicki, D., Simon, G., Chan, K., Katon, W. y Heiligenstein, J. (1998). Depression health related quality of life and medical cost outcomes of receiving recommended levels of antidepressant treatment. *The Journal of Family Practice*, 47, 446-452.
- Sandí, L., Díaz, A., Murrelle, L., Zeledón, M., Alvarado, R. y Molina, D. (1999). Validación del Inventario de Depresión para Niños (IDN) en Costa Rica. *Acta Médica Costarricense*, 41, 10-15.
- Testa, M. y Simonson, D. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 334, 835-840.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. y Thapar, A. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, 379, 1056-67.
- The KIDSCREEN Group Europe (2006). The KIDSCREEN Questionnaires. Quality of life questionnaires for children and adolescents. University Medical Center Hamburg-Eppendorf: the KIDSCREEN Group.
- Timbremont, B., Braet, C. y Dreesen, L. (2004). Assessing depression in youth: relation between the Children's Depression Inventory and a structured interview. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33, 149-157.
- Vinaccia, S., Gaviria, A., Atehortúa, L., Martínez, P., Trujillo, C. y Quiceno, J. (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del "Child Depression Inventory" -CDI. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2, 217-227.
- Vinaccia, S. y Quiceno, J. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psycholia. Avances de la Disciplina*, 6, 123-136.
- World Health Organization (2001). *World health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Recuperado de: [http://www.who.int/whr/2001/media\\_centre/en/whr01\\_fact\\_sheet1\\_en.pdf?ua= 1](http://www.who.int/whr/2001/media_centre/en/whr01_fact_sheet1_en.pdf?ua=1).
- World Health Organization (2015). *Adolescents: health risks and solutions*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>.

- World Health Organization (2015). *The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. The WHOQOL group*. Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf).
- Zeng, Q., Xu, Y. y Wang, W. (2013). Quality of life in outpatients with depression in China. *Journal of Affective Disorders, 150*, 513-521.

RECIBIDO: 22 de diciembre de 2016

ACEPTADO: 6 de mayo de 2017