

**MANIFESTACIONES Y GRADO DE DEPRESIÓN EN MUJERES
ADOLESCENTES, DE 14 A 18 AÑOS, QUE HAN SUFRIDO DESPLAZAMIENTO
FORZADO.**

MARIELA PIRAJON GARCÍA



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA
BOGOTÁ, D. C.
2010**

**MANIFESTACIONES Y GRADO DE DEPRESIÓN EN MUJERES
ADOLESCENTES, DE 14 A 18 AÑOS, QUE HAN SUFRIDO DESPLAZAMIENTO
FORZADO.**

MARIELA PIRAJON GARCÍA

**Trabajo de Grado Presentado como Requisito Parcial
para Optar al título de: Enfermera**

Asesora

ANA MARÍA TORRES

**Enfermera Especialista en Salud Mental y Psiquiatría
Docente Facultad Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana**



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA
BOGOTÁ, D. C.
2010**

Nota de Aceptación

Firma del Presidente Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Bogotá, D. C., Junio 07 de 2011.

NOTA DE ADVERTENCIA

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por los alumnos en sus trabajos de tesis. Solo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque las tesis no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea el anhelo de buscar la verdad y justicia”

Artículo 23 de la Resolución N° 13 de Julio de 1946
Reglamento de la Pontificia Universidad Javeriana

DEDICATORIA

A Dios, por darme fortaleza y sabiduría en los momentos más difíciles, por estar siempre presente en mi vida, por sus bendiciones, por permitirme alcanzar dos de mis grandes sueños: ser Enfermera y pertenecer al grupo de egresados de la Pontificia Universidad Javeriana, lo cual es para mí motivo de gran orgullo y satisfacción.

A mí amada Hija Laura Ximena, la joya más valiosa de mi vida quien con su sola existencia me llena de luz cada vez que respiro, por su apoyo y amor incondicional a pesar de todas las dificultades y tropiezos que se presentaron a lo largo de este proceso de aprendizaje, por permitirme realizar mi sueño, por creer en mí y darme tanta seguridad a pesar de su corta edad, por estar conmigo en los buenos y malos momentos dándome todo su cariño para lograr que mi sueño se hiciera realidad.

Y a mi entrañable Madre, por sus palabras cálidas llenas de aliento. Gracias madre de corazón por las oraciones en las que cada día me encomiendas a Dios y a la Santísima Virgen para que siempre me acompañen.

A todas y cada una de las personas vinculadas con la Universidad Javeriana tanto Directivos, administrativos, Docentes, secretarias, personal de las bibliotecas, Personal de Información y Seguridad, Supervisores, Auxiliares de Auditorios, Mensajeros, conserjes, gracias por sus aportes y apoyo para que todo estuviera bien y a tiempo dentro de un ambiente armónico, tranquilo bonito y seguro.

MARIELA PIRAJÓN GARCÍA.

AGRADECIMIENTOS

A Dios que es la luz que guía mi camino. A mí asesora de Trabajo de Investigación Ana María Torres, por compartir generosamente su sabiduría, gracias por sus consejos, comprensión, tiempo, paciencia y acertada asesoría.

A las Doctoras Rosaura Cortés, Hilda María Cañón, Nancy Ayala y todo el personal de la Facultad de Enfermería por su colaboración.

También quiero expresar mi reconocimiento y mi gratitud a los extraordinarios seres humanos que conforman La Dirección de Recursos Físicos de la universidad, a Álvaro Beltrán Garzón por su apoyo incondicional, sin el cual no hubiera sido posible alcanzar mi meta, a la Arquitecta Pebles Fragozo por su apoyo incondicional y sus palabras de aliento en el momento más difícil de mi vida; gracias por las reuniones que para mí fueron de Reflexión.

Al personal que integra el programa Redes, en Ciudad Bolívar, por su acogida y colaboración y a las adolescentes que participaron en el estudio y que siempre estuvieron dispuestas a colaborar.

A mis queridas Hermanas por su valiosa ayuda en la realización de mi sueño.

A mis queridos compañeros: Alirio Daza, Luis Eduardo Poveda, Gloria Buenhombre, Elizabeth Mora; Rosa Jaramillo, Esperanza Másmela, Clara López, Alejandra Rojas, Diego Cairasco, gracias por su excepcional ayuda.

A todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron y participaron en la realización de esta investigación, hago extenso mis más sinceros agradecimientos.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN.....	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS	22
JUSTIFICACIÓN.....	24
OBJETIVOS.....	28
OBJETIVO GENERAL.....	28
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
PROPÓSITOS	29
1. MARCO TEÓRICO.....	30
1.1 CONCEPTOS DE DEPRESIÓN	30
1.2 CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN POR EL DSM-IV	32
1.3 CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN POR EL CIE-10	33
1.4 ESTADÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN	34
1.5 LA DEPRESIÓN EN COLOMBIA	36
1.6 DEPRESIÓN Y ADOLESCENCIA	37
1.7 CAUSAS DE LA DEPRESIÓN.....	39
1.8 EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN	42
1.9 SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN DSM-IV	42
1.10 TIPOS DE DEPRESIÓN	43
1.11 TRATAMIENTO.....	44
1.12 EL DESPLAZAMIENTO FACTOR DE RIESGO PARA DESENCADENAR DEPRESIÓN	44
1.13 LA RELACIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS CON LAS MANIFESTACIONES DEPRESIVAS	46
1.14 ROL ENFERMERA - PACIENTE EN LA DEPRESIÓN	46
2. METODOLOGÍA.....	48
2.1 TIPO DE ESTUDIO	48
2.2 POBLACIÓN DE REFERENCIA.....	48
2.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	48

2.3.1 Tipo de Muestreo	48
2.3.2 Criterios de Inclusión.....	48
2.4. INSTRUMENTO	48
2.4.1 Proceso de Recolección de la Muestra y de la Información.....	50
3. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	52
4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	53
4.1 CARACTERIZACIÓN DEL GRUPO PARTICIPANTE	53
4.2 MANIFESTACIONES OBJETIVAS Y SUBJETIVAS SEGÚN INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK	56
5. CONCLUSIONES.....	80
6. RECOMENDACIONES	81
BIBLIOGRAFÍA.....	82
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Características Socio-Demográficas	53
Tabla 2. Distribución de Las Mayores Frecuencias de las Manifestaciones Objetivas	56
Tabla 3. Distribución de las mayores frecuencias de las manifestaciones subjetivas de Depresión en Adolescentes que han sufrido desplazamiento forzado Diciembre 2010	63

LISTA DE GRÁFICOS

pág.

Grafico 1. Manifestación Objetiva “Llanto” en las Mujeres Adolescentes entre 14 y 18 años, que participaron del programa de Nivelación Educativa redes Julio-Diciembre /2010.....	56
Grafico 2. Manifestación Objetiva “Separación Social” en las Mujeres Adolescentes entre 14 y 18 años, que asistieron al Programa de Nivelación Educativa Redes, Julio-Diciembre/2010.....	57
Grafico 3. Manifestación Objetiva “Cambio Imagen Corporal” en las Mujeres Adolescentes entre 14 y 18 años, del programa de Nivelación Educativa Redes Julio-Diciembre/2010.....	58
Grafico 4. Manifestación Objetiva “Retardo Laboral” en las Mujeres Adolescentes entre 14 y 18 años del programa de Nivelación Educativa Redes. Ciudad Bolívar, Julio-Diciembre/2010.....	59
Grafico 5. Manifestación Objetiva “Insomnio” en las Mujeres Adolescentes entre 14 y 18 años, que han sufrido desplazamiento forzado, del programa de Nivelación Educativa Redes. Julio-Diciembre/2010.....	60
Grafico 6. Manifestación Objetiva “Pérdida de Peso” en las Mujeres adolescentes del programa de Nivelación Educativa Rede. Julio-Diciembre/2010	61
Grafico 7. Manifestación Objetiva “Anorexia” en las Mujeres Adolescentes del programa de Nivelación Educativa Rede. Julio-Diciembre/2010	62
Grafico 8. Manifestación subjetiva “Pesimismo” en las Mujeres Adolescentes del programa de Nivelación Educativa Redes. Julio-Diciembre/2010.....	64
Grafico 9. Manifestación subjetiva “Pérdida libido” Mujeres Adolescentes del programa de Nivelación Educativa Redes. Julio-Diciembre/2010.....	65
Grafico 10. Manifestación subjetiva “Tristeza” en las Mujeres Adolescentes del programa de Nivelación Educativa Redes. Julio-Diciembre/2010.....	66
Grafico 11. Manifestación subjetiva “Autoacusaciones” Mujeres Adolescentes del programa de Nivelación Educativa Redes. Julio-Diciembre/2010.....	67
Grafico 12. Manifestación subjetiva “Culpa” en las Mujeres Adolescentes del programa de Nivelación Educativa Redes. Julio-Diciembre/2010.....	68

Grafico 13. Manifestación subjetiva “Autodesagrado” en las Mujeres Adolescentes del programa de Nivelación Educativa Redes. Julio-Diciembre/2010.....	69
Grafico 14. Manifestación subjetiva “Preocupación somática” en las Mujeres Adolescentes del Programa de Nivelación Educativa Redes. Julio - Diciembre/2010.....	70
Grafico 15. Manifestación subjetiva “Fatigabilidad” en las Mujeres Adolescentes del programa de Nivelación Educativa Redes. Julio-Diciembre/2010.....	71
Grafico 16. Manifestación subjetiva “Indecisión” en Mujeres Adolescentes del programa de Nivelación Educativa Redes. Julio-Diciembre/2010.....	72
Grafico 17. Manifestación subjetiva “Irritabilidad” en las Mujeres Adolescentes del programa de Nivelación Educativa Redes. Julio-Diciembre/2010.....	73
Grafico 18. Manifestación subjetiva “Ideas Suicidas” en las Mujeres Adolescentes del programa de Nivelación Educativa Redes. Julio-Diciembre/2010.....	74
Grafico 19. Manifestación subjetiva “Expectativas de Castigo” en Mujeres Adolescentes del Programa de Nivelación Educativa Redes. Julio - Diciembre/2010.....	75
Grafico 20. Manifestación subjetiva “Insatisfacción” en las Mujeres Adolescentes del programa de Nivelación Educativa Redes. Julio-Diciembre/2010.....	76
Grafico 21. Manifestación subjetiva “Sensación de Fracaso” en las Mujeres Adolescentes del Programa de Nivelación Educativa Redes. Julio - Diciembre/2010.....	77
Grafico 22. Grados de Depresión presentes en las Mujeres Adolescentes entre 12 y 18 años, que han sufrido desplazamiento forzado y asisten al programa de Nivelación Educativa Redes, Julio-Diciembre/2010.....	78

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS PARA ESTUDIO DE DEPRESIÓN EN MUJERES ADOLESCENTES ENTRE 12 Y 18 AÑOS DE EDAD QUE HAN SUFRIDO DESPLAZAMIENTO FORZADO

ANEXO 2. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

INTRODUCCIÓN

La depresión (del latín depressu, que significa 'abatido', 'derribado') es un trastorno del estado de ánimo que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.¹

“Las emociones depresivas persisten e interfieren con la habilidad del adolescente de funcionar normalmente y muchos de los problemas de salud mental surgen al término de la infancia y principios de la adolescencia, por tanto la depresión es un fenómeno que está presente en los adolescentes y frecuentemente coexiste con otras patologías depresivas, como trastornos de ansiedad, uso de sustancias y trastornos de conducta y déficit de atención.”²

Las mujeres son más vulnerables a sufrir de depresión que los hombres debido a factores hormonales. En el caso de las adolescentes, los síntomas de la depresión tienden a interferir con su desarrollo normal, a interrumpir las interacciones con su familia y afectar su desempeño escolar, dentro de las manifestaciones más comunes se destacan irritabilidad, cambios en el estado de ánimo, ansiedad, agitación, pensamiento negativo, falta de energía, baja autoestima, sentimientos de desesperanza hasta deseos de morir. Es difícil detallar las características de la depresión en los adolescentes pues muchas veces se dificulta su diagnóstico debido a que los adolescentes presentan cambios en el estado de ánimo normales en el proceso de su desarrollo y por ende se dificulta brindar un tratamiento oportuno.³

Actualmente una de las situaciones que puede incrementar el desarrollo de la depresión es el desplazamiento forzado ya que afecta a la población civil en áreas vulnerables de Colombia provocando decadencia importante en lo que respecta a su salud, en especial el bienestar mental ya que la población tiene que sufrir la pérdida de algún miembro de su familia, su vivienda y su trabajo fuente de sustento.

Es así como los desplazados han sido vulnerados, y su integridad física y emocional ha sido violentada a través de distintos mecanismos, que son empleados con el propósito de generar miedo y terror, provocando el sometimiento o el desplazamiento. Quienes se desplazan lo hacen porque sienten que su vida o la de su familia están en peligro; desplazarse es, por lo tanto, una estrategia de protección y de conservación de la vida y de la unidad familiar. Antes

¹BBC Ciencia. La Depresión una Crisis Global. [en línea]. Disponible en Internet en: http://www.bbc.co.uk/mundo/ciencia_tecnologia/2009/09/090902_depresion_oms_men.shtml. Consultado en: Marzo de 2011.

² OMS. Salud y desarrollo del niño y del adolescente.

³ AGUIRRE, María. La Depresión Afecta al Triple de Mujeres que a hombres 2009.

del desplazamiento las personas tienen que enfrentar situaciones violentas, degradantes y humillantes que genera desamparo, creando miedo, terror, impotencia y ansiedad, por lo cual se ven obligados a salir de su tierra, y por las circunstancias en que se producen, tanto hechos como sentimientos no pueden ser expresados, socializados ni elaborados fácilmente.

Sin embargo, el malestar emocional de las adolescentes desplazadas no es sólo producto de los hechos que obligaron a la salida, sino de las múltiples pérdidas y de la falta de elaboración de sus respectivos duelos, y de la presión generada por los múltiples cambios, que se ven obligadas a enfrentar de manera abrupta y no deseada durante el proceso de ubicación e inserción en el nuevo entorno de llegada.⁴

En consecuencia este trabajo de investigación pretende identificar cuáles son las manifestaciones y el grado de depresión en Mujeres Adolescentes entre 14 y 18 años que han sufrido desplazamiento forzado, debido a que se encuentran inmersos en diferentes factores de riesgo para desarrollar Depresión.

Para tal efecto se desarrolló una investigación cuantitativa, en un análisis centrado en identificar cuales son las manifestaciones más frecuentes expresadas, e identificar el grado de Depresión en que se encuentran 30 Mujeres Adolescentes en situación de desplazamiento que habitan en Ciudad Bolívar, en los Barrios Caracolí, Santa Viviana y la isla, mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck. Para la recolección de datos se realizaron 8 entrevistas con Mujeres adolescentes voluntarias.

Una vez recogida la información se encontró con relación a la caracterización de la población que la mayor parte de las participantes (53%) tiene entre 14 y 16 años, el 100% son procedentes de diferentes ciudades del país; en cuanto a la conformación del hogar sólo el 46% conforman una familia nuclear, el 47% viven en hogar monoparental. Con respecto al uso del tiempo libre el 13% de las participantes se dedican a ventas libres y el 30% no sabe no responde.

De acuerdo al inventario de Beck aplicado en las adolescentes, se encontró manifestaciones de depresión siendo las más frecuentes las siguientes:

Manifestaciones objetivas: Separación social, llanto, insomnio, Pérdida de Peso y retardo laboral; presentes en más del 60% de la muestra.

Manifestaciones subjetivas: Tristeza, Irritabilidad, Insatisfacción, Sensación de fracaso, Pesimismo, Indecisión, fatigabilidad y autoacusaciones; presentes en más del 73% de la muestra.

⁴ GÓMEZ, C., et al. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. Rev Panam Salud Pública. 2004. Vol. 16. p. 378-86.

Dichas manifestaciones en su conjunto se traducen en grados de depresión identificados así: 54% depresión Leve, seguida de un 40% que presentó depresión Moderada. El 6% restante no presentó depresión.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las manifestaciones y grados de depresión en Mujeres Adolescentes de 14 a 18 años, que han sufrido desplazamiento forzado, que asisten al Programa de Nivelación Educativa Redes y que residen en Ciudad Bolívar en los Barrios Caracolí, Santa Viviana y la Isla durante Julio-Diciembre de 2010?.

DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS

Para este trabajo las manifestaciones y grado de depresión serán las identificadas con la aplicación del inventario de depresión de Beck.

- **Manifestaciones de depresión:** La Depresión viene del latín depressio: hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia. Es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad.

La forma más frecuente de manifestarse es como tristeza, decaimiento, sensación de ser incapaz de afrontar las actividades y retos diarios, y la pérdida de interés en actividades que previamente resultaban placenteras⁵

Otros síntomas que pueden aparecer son:

- Pérdida de energía con sensación de agotamiento incluso tras el descanso.
- Enlentecimiento mental y dificultad para prestar atención, con falta de memoria.
- Ansiedad con irritabilidad o agitación.
- Cambios en el sueño con somnolencia, o más frecuentemente, insomnio.
- Disminución de peso por pérdida de apetito, o aumento del mismo por sensación de vacío causada por la ansiedad.

Con frecuencia, las personas con depresión se quejan de síntomas como dolor de cabeza o de otras zonas, problemas digestivos o sexuales y es muy frecuente la inapetencia sexual.⁶

En éste estudio se determinaron mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck, que dichas manifestaciones se clasifican en Objetivas y Subjetivas así:

Objetivas: Llanto, insomnio, pérdida de peso, retardo laboral, cambios en la imagen corporal, anorexia y Separación social.

Subjetivas: Ideas Suicidas, irritabilidad, tristeza, sensación de fracaso, insatisfacción, indecisión, pesimismo, fatigabilidad, Autoacusaciones, culpa,

⁵ SANTOS, A.; BERNAL, G.; Bonilla, J. Eventos estresantes de vida y su relación con la sintomatología depresiva. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana. 1998.

⁶ Ibíd. (Pág. 4)

pérdida del libido, expectativas de castigo, autodesagrado y preocupación somática.

Grados de depresión: Se refiere a la intensidad de la depresión: Con la aplicación del inventario de depresión de Beck, el cual consta de 21 ítems con 4 opciones de respuesta, cada una con un valor. El puntaje total corresponde al grado de depresión, así: **Ausente (0-9), Leve (10-19), Moderado (20-29) y Grave (30-63 puntos).**

Mujeres Adolescentes que sufren desplazamiento forzado: En esta investigación son todas las mujeres de 14 a 18 años, que debido a su situación de “desplazamiento que genera sentimientos de confusión, miedo, zozobra e inseguridad, en los jóvenes, pero a la vez el deseo de búsqueda, aventura, y emoción” (Pinilla 2010), entonces se pretende relacionar dicho comportamiento con las manifestaciones de depresión más reconocidas por la muestra.

- **Programa Redes de Ciudad Bolívar:** Programa donde se llevó a cabo el presente estudio, integrado por diversos actores sociales, cuyo fin es nivelar académicamente a éstas adolescentes con el fin de que posteriormente puedan ingresar a un centro educativo para continuar con sus estudios. Además existe la conformación de mesas de trabajo, comités de participación ciudadana con el fin apoyar especialmente a la población desplazada, jóvenes y mujeres, en los temas de trabajo y asistencia médica. Este programa apuesta por el mejoramiento de las condiciones de vida y dignidad de las personas afectadas por el desplazamiento. Se encuentra ubicado en Ciudad Bolívar, localidad N. 19, se encuentra ubicada al suroccidente de Bogotá, la mayor parte de territorio de esta localidad es rural, es la primera localidad de Bogotá en número de personas con necesidades básicas insatisfechas, el 58,7% de la población está clasificada en nivel 1 y 2 del SISBÉN y es allí donde se ubican las Mujeres adolescentes del presente estudio, las cuales llegan en situación de desplazamiento en busca de albergue y de nuevas oportunidades.

JUSTIFICACIÓN

La población desplazada en Colombia por la violencia alcanzó en 2008 los 4,3 millones de personas, lo que consolidó a nuestro país como el segundo del mundo con más refugiados internos, sólo superado por Sudán, con 4,9 millones.⁷

Según Naciones Unidas la definición de desplazamiento “Es la persona o grupo de personas que han sido forzadas u obligadas a abandonar sus hogares o lugares de residencia habitual, como resultado de o para evitar los efectos del conflicto armado, situaciones de violencia generalizada, violaciones de derechos humanos o desastres naturales o causados por el hombre, y que no han cruzado fronteras reconocidas internacionalmente”⁸

Es así como el ingreso diario de población en situación de desplazamiento forzado a la localidad 19 Ciudad Bolívar, específicamente a los barrios caracolí y la isla y que en su mayoría son mujeres, Jóvenes y niños que deben enfrentar nuevas condiciones de vida como dormir en la calle, sufrir de discriminación, restricciones para acceder a los servicios de salud y educación, el pedir plata para su sustento, o acudir a ventas ambulantes entre otros cambios, lo cual hace que se encuentren en una situación de vulnerabilidad particular.

Asimismo el desplazamiento forzado afecta a amplios sectores de la población colombiana, predominantemente en el ámbito rural, pero sus efectos son diferenciados sobre los distintos grupos poblacionales y además implican impactos más severos sobre algunos grupos especialmente vulnerables. Según la OMS, el desplazamiento afecta de manera crítica a las mujeres cabeza de familia, a los niños y niñas, y a las comunidades indígenas y afro colombianas. En cuanto a los adolescentes, se ven modificados sus roles, lo que lleva a la necesidad de aprender a comportarse de manera diferente en ambientes desconocidos, la mayoría de adolescentes tienen que dejar de depender de los padres, para llegar a ser ellos mismos, se modifican los significados y las posiciones asociadas a los amigos, el juego, el colegio y demás espacios que conforman su vida. Se modifica el ambiente, que muchas veces exige que personas que permanecían en la casa, salgan a trabajar o que los que trabajaban permanezcan en la casa, apareciendo nuevos estatutos, relaciones de poder e incluso costumbres y creencias diferentes. Según datos estadísticos realizados por la Conferencia Episcopal de Colombia y por la consultoría de los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES) 1994-1995, la población desplazada por violencia en Colombia se estimó en 750.000 personas, es decir uno de cada 50 colombianos

⁷ Elespectador.com. Población Desplazada en Colombia alcanza los 4,3 millones de personas. [en línea]. Disponible en Internet en: www.elespectador.com/articulo138808-poblacion-desplazada-colombia.

⁸ Organización de las Naciones Unidas. documento E/CN.4/1992/23.

se encuentra en situación de desplazamiento. El 55% del total de la población desplazada por violencia en Colombia es menor de 18 años, es decir, aproximadamente 412.500 niños que huyeron con sus familias por presiones de diversos actores armados.⁹

El Sistema de Información de Hogares desplazados por Violencia en Colombia SISDES, desarrollado por CODHES, precisa que el 12.72% de la población infantil desplazada corresponde a los menores de 5 años, el 19.78% oscila entre 5 y 10 años, el 12.78% entre 11 y 14 años y el 9.03% tiene entre 15 y 18 años.¹⁰

En cuanto al impacto del desplazamiento en las personas tiene sus efectos específicos en cuanto a que la salud mental es especialmente vulnerable en ellas, ya que los conflictos armados producen no sólo muertes, heridas y discapacidades físicas, sino también dejan huellas profundas en las vidas de las personas, las familias y la sociedad. Las guerras como eventos traumáticos inciden en la elevación de la morbilidad por trastornos psíquicos, en especial Depresión, Ansiedad, Estrés agudo y Estrés postraumático.¹¹

Adicionalmente el desplazamiento ocasiona un fuerte trauma psicológico, hace que los adolescentes cambien sus roles, como el hecho de abandonar sus estudios para ser reemplazados por un trabajo que genere ingresos para ayudar a sus familias.

La organización mundial de la salud (OMS) afirma que para el 2020, la depresión será la segunda causa de incapacidad del mundo, lo que pone a este trastorno anímico y mental en un lugar bastante preocupante, más si se considera que las consecuencias de sufrirla se hacen papables no solo en la vida personal y profesional, sino que también, en algunos puede terminar en tragedias mayores si se le permite prosperar.

Según la OMS un cambio de casa o de forma de vida pueden no ser por si mismos un peligro para la salud, pero sí pueden serlo los cambios involuntarios de residencia y de modo de vida para los que no se está debidamente preparado¹²

Según estadísticas de la OMS, de ciento veinte a doscientos millones de seres humanos, aproximadamente el 3% de la población mundial, sufre de depresión.

⁹ FORERO, Edgar. El Desplazamiento Interno Forzado. septiembre 2003. [en línea]. Disponible en Internet en: http://www.ideaspaz.org/eventos/download/edgar_forero.pdf. Consultado en: Marzo de 2011.

¹⁰ Fuente: Boletín sobre “Niños desplazados” editado por Codhes el 25 de octubre de 1997.

¹¹ Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias psicoactivas. Colombia. 1993.

¹² Elpais.com. [en línea]. Disponible en Internet en: www.elpais.com disponible en: http://www.elpais.com/articulo/sociedad/organizacion_mundial_de_la_salud_oms/poblacion/mundial/sufre/depresion/elpepisoc/19771127elpepisoc_7/tes/. Consultado en: Marzo de 2011.

Se señalan como causas principales el desempleo y los problemas familiares. De acuerdo con investigaciones realizadas en los últimos años en Italia, Austria, Francia, Suiza y la república federal de Alemania, del 10 al 20% de los pacientes que acuden a consultas médicas son víctimas de síntomas de depresión, que se manifiestan de las más diversas formas, como pueden ser dolores de cabeza o dolencias estomacales.¹³

Un estudio realizado por Mónica Riveros Vargas y Adriana Bohórquez titulado Conocimiento sobre la depresión, en el 2006 para evaluar el conocimiento sobre depresión en pacientes atendidos en el primer nivel de atención en Bogotá mostró que existe un conocimiento limitado sobre la depresión en los pacientes de primer nivel, la estigmatización de la enfermedad es alta y la deficiencia en el conocimiento puede llevar a una disminución en el diagnóstico de la enfermedad.¹⁴

Dentro de las estadísticas de Salud Mental, manejadas por el Hospital San Rafael en Bogotá, en cuanto a Salud Mental correspondiente al año 2005, se tiene que un porcentaje muy alto de atención corresponde a problemas de déficit en Habilidades escolares (46%) principalmente en población infantil, seguido por déficit en Atención y comunicación (42%); En orden de importancia, se encuentra atención por maltrato y abuso sexual 5.48%, intentos de suicidio 2.67, Depresión mayor 2.11% y Esquizofrenia 1.69%.¹⁵

“El interés hacia la promoción y prevención en la salud mental ha aumentado en las últimas décadas acorde al incremento en la prevalencia e incidencia de las enfermedades mentales, pero paradójicamente no ha habido avances significativos en la promoción y prevención de la salud mental, por lo que podemos decir que viene arrastrando un estado de deficiente implantación y de permanente crisis, sin que hayan existido claros esfuerzos dirigidos a desarrollar programas preventivos eficaces ni apoyos para potenciar la investigación en esta área.”¹⁶

La salud mental de las personas en el país, como ocurre a nivel mundial, ha quedado de lado, tanto en intervención como en prevención y promoción, se ha olvidado que en la búsqueda del mayor bienestar para las personas, también está el bienestar mental, como parte fundamental de la salud. Enfermería, tiene el compromiso de contribuir en la salud de las personas, incluyendo, por supuesto la

¹³ *Ibíd.*

¹⁴ RIVEROS VARGAS, Mónica; BOHÓRQUEZ PEÑARANDA, Adriana. Conocimiento sobre la depresión en pacientes que asisten a centro de Atención primaria en Bogotá, Colombia. Resultados colombianos del Proyecto Internacional de depresión. p. 4

¹⁵ Revista Colombiana de Psiquiatría, Año/Vol XXXV, Numero 001. [en línea]. Disponible en Internet en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/artpdfred.jsp?icve=80635102>. Consultado en: Marzo de 2011.

¹⁶ MORATALLA, Beatriz. ¿Dónde se encuentra la prevención y promoción de la salud mental en el momento actual? Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2007. p. 359.

salud mental, especialmente cuando se desarrolla un trabajo comunitario, pues la Enfermera como el médico o el Psicólogo está en capacidad de identificar síntomas que pueden corresponder a cuadros psicopatológicos, susceptibles de intervención para mejorar la calidad de vida de las personas.

Por otro lado, este trabajo es importante porque la depresión, como otras enfermedades que afectan la salud mental, se ha hecho cada vez más prevalente y se ha convertido en un problema de salud pública, esto ha dado lugar a que los entes responsables en Salud Pública tomen medidas de intervención y prevención de esta condición y promoción de la salud mental. Sin embargo, es hasta ahora el principio, falta un largo camino por recorrer sobre todo en lo que respecta a la prevención de estas enfermedades y la promoción de la salud mental, por lo que es muy importante continuar documentando la depresión como un problema cada vez más incidente y prevalente especialmente en las adolescentes y este proyecto aportará información para ello.

Una de las razones que me motivó a realizar el presente estudio, fué el poder compartir con Mujeres Adolescentes quienes están atravesando por una etapa de profundos cambios físicos, emocionales, intelectuales y los ámbitos familiar, social, y escolar y, poder identificar las manifestaciones más frecuentes y establecer los grados de depresión en adolescentes, ya que es necesario darle la importancia que requiere cuando se identifique alguno de los síntomas identificados. Por lo tanto es una responsabilidad que compete de forma importante al profesional de enfermería ya que desde esta profesión se puede apoyar y remitir al especialista oportunamente y poder así mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por la depresión.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las manifestaciones y el grado de depresión que presentan las Mujeres Adolescentes de 14 a 18 años, que han sufrido desplazamiento forzado y asisten al Programa de Nivelación educativa Redes, en los barrios Caracolí, Santa Viviana y la Isla en Ciudad Bolívar julio-Diciembre de 2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar sociodemográficamente a la población en cuanto a edad, procedencia, número de hermanos, escolaridad, conformación del hogar y uso del tiempo libre.
- b) Identificar la frecuencia de las manifestaciones objetivas y subjetivas de depresión en las Mujeres Adolescentes entre 14 y 18 años, que han sufrido desplazamiento forzado y asisten al Programa de Nivelación educativa Redes, en los barrios Caracolí, Santa Viviana y la Isla, según el inventario de Beck.
- c) Determinar la distribución de los grados de Depresión que presentan las Mujeres Adolescentes entre 14 y 18 años en situación de desplazamiento, que asisten al programa de Nivelación educativa Redes en los barrios Caracolí, Santa Viviana y la Isla en Ciudad Bolívar, según el inventario de Beck.

PROPÓSITOS

- Proporcionar información que sirva de base para crear programas que ayuden a intervenir la depresión en adolescentes y tendientes a mejorar los modos de afrontamiento frente a la depresión, aplicable a las Mujeres.
- Promover en el personal de salud y particularmente de Enfermería el uso de instrumentos para evaluar condiciones de salud.

1. MARCO TEÓRICO

A continuación y después de realizar una selección bibliográfica se presenta el marco conceptual concerniente al tema de la depresión en Mujeres Adolescentes en situación de desplazamiento.

1.1 CONCEPTOS DE DEPRESIÓN

Existen diversas y variadas referenciaciones acerca de la depresión, a continuación, se citaran algunas que representan las más elaboradas y útiles para el presente estudio.

Hipócrates describió la depresión (melancolía) como un aumento de bilis negra y se describía como: “un estado de aversión a la comida, desaliento, somnolencia, irritabilidad e inquietud”. Asimismo, reconoció la gran asociación entre la ansiedad y la depresión pues describió: que los pacientes con miedos de larga data están predispuestos a la depresión.¹⁷

Galeano menciona la depresión con estas palabras “aunque cada paciente actúa diferente, todos presentan miedo y desesperación. Creen que la vida es mala y odian a los demás aunque no todos quieren morirse.”¹⁸

Definición Etimológica:

La definición etimológica de la palabra depresión se deriva del latín *depressu*, que significa «abatido» o «derribado».¹⁹ Si bien esta definición se enfoca directamente al origen de la palabra como tal, el lector puede percatar la forma en la que la depresión implica un decaimiento, un estado “bajo”, de estar “por debajo de”, en este caso, de las circunstancias, de las realidades o de los sucesos del diario vivir en el acontecer de los pacientes.

Autores como Thomas, se refieren a la depresión, como “una enfermedad mental que consiste en un trastorno del estado de ánimo, manifestando que su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.”²⁰

¹⁷ GÓMEZ-RESTREPO, Carlos. *Psiquiatría clínica diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos* editorial medica panamericana. Fecha de pub. 2008.

¹⁸ *Ibíd.*

¹⁹ GARCÍA-RESA, E.; BRAQUEHAIS, D.; BLASCO, H., et al. Aspectos sociodemográficos de los intentos de suicidio. *Actas Esp Psiquiatr.* 1997.

²⁰ INSEL, Thomas R. Circuitos defectuosos, *Investigación y Ciencia*, 404, junio de 2010. p. 25.

La perspectiva de la definición de otros autores, tales como Mackinnon, argumenta que la depresión puede ser un síndrome, refiriéndose a un conjunto de síntomas, o bien, puede aparecer como síntoma asociado en otra entidad o trastorno, por ejemplo, como consecuencia de una enfermedad.²¹

También, lo analiza desde el punto de vista clínico, como un estado de ánimo bajo, con pérdida del interés en casi todas las áreas y actividades, lo que representa un cambio drástico en la manera de ser de la persona, con otras características como la alteración del apetito, alteraciones del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotriz, disminución de energía, sentimientos de inutilidad, sentimientos de culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte o suicidio recurrentes.

De la misma forma, Mackinnon, manifiesta que en la depresión es común la presencia de sentimientos de tristeza, de desamparo, amor propio disminuido, sentimientos de que la seguridad está amenazada debido a la pérdida de algo o alguien que la garantizaba e incapacidad de enfrentarse solo a las diferentes exigencias de la vida. Dice además “ que la depresión afecta no solamente el estado mental y emocional del paciente afectado, sino que de la misma forma su aspecto físico, sus comportamientos y su diario vivir y accionar se ve influenciado y afectado de manera negativa.

Segal, define la Depresión como:

“...una enfermedad que altera de forma intensa los sentimientos y los pensamientos de las personas (...). La forma más frecuente de manifestarse es como tristeza, decaimiento, sensación de ser incapaz de afrontar las actividades y retos diarios, y la pérdida de interés en actividades que previamente resultaban placenteras.”²²

Además Segal dice que también se presentan cambios en la manera de actuar, presentando un “decaimiento”, una baja en el ritmo y la producción diaria, y relaciona la Depresión con la pérdida de interés, lo cual repercute fundamentalmente en el diario vivir, hábitos y costumbres de las personas. De la misma forma refiere que dentro de los síntomas principales de la depresión, están aquellos relacionados con la tristeza, que conllevan a una serie de eventualidades y realidades psicológicas:

- ▶ Pérdida de energía – Agotamiento.
- ▶ Progresiva lentitud mental y dificultad para concentrarse – falta de memoria

²¹ MACKINNON, R. A. Psiquiatría Clínica Aplicada. Editorial interamericana. México. 1973.

²² SEGAL, H. La Posición Depresiva. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1964.

Depresión Según Término Médico:

Otros autores como el caso de Bueno, menciona la depresión (desde el punto de vista médico) en donde surge la definición de un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida y se puede observar como estos cambios van creciendo y afectando cada vez más áreas de la vida del paciente, de modo silencioso y progresivo. Dice además que “aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede pronunciarse a través de afecciones de tipo cognitivo o somático”. Complementario a ello, adiciona que en la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad.

1.2 CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN POR EL DSM-IV

El manual de diagnóstico DSM-IV es desarrollado por la Asociación American Psychiatric Apa y se caracteriza por ser neutral con respecto a las causas pues la definición de los trastornos generalmente consiste en descripciones de las características clínicas.

Describe cada trastorno en términos de características asociadas a edad, cultura, género, prevalencia, incidencia, factores predisponentes, curso de complicaciones, patrones familiares y diagnósticos diferenciales.

Los trastornos depresivos según el DSM-IV se clasifican en:

- **Trastorno Depresivo mayor:** No se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- **Episodio único:** Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Trastorno depresivo mayor, recidivante:

- Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.
- Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia,

un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

- Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Trastorno Distímico

- Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- Pérdida o aumento de apetito
- Insomnio o hipersomnia
- Falta de energía o fatiga
- Baja autoestima
- Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
- Sentimientos de desesperanza.

1.3 CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN POR EL CIE-10²³

Episodios Depresivos.

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- Disminución de la atención y concentración
- Pérdida de la confianza de la atención y la concentración.
- Ideas de culpa y de ser inútil.
- Pensamientos suicidas o autoagresiones.
- Pérdida de apetito.

Episodio Depresivo Leve.

- Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo.

²³ Psicomed.net. CIE-10. [en línea]. Disponible en Internet en: http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/cie_10/cie10_pre.html. Consultado en: Marzo de 2011.

- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Episodio depresivo moderado

- Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

- Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada.
- Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves.
- Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

- Episodio depresivo grave en el cual están presentes ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo.
- Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable.
- Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición.
- La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor.

1.4 ESTADÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN

Existen muchos estudios que se han realizado a nivel mundial acerca de la depresión y numerosas son las estadísticas existentes al respecto. A continuación, se mostraran algunos datos apreciables:

Entidades como Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, EUA y Schering-Plough Corporation, Kenilworth, NJ, EUA (Chile) refieren que la depresión es un trastorno que afecta del 10 al 20 % de la población, constituyendo así un creciente número de personas afectadas, se considera que en los últimos 20 años ha crecido de manera asombrosa, y que según la Organización Mundial de la Salud

para el año 2020 la depresión será la principal causa de enfermedad en todo el mundo, tan sólo superada por las enfermedades cardiovasculares.²⁴

De acuerdo a estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, citadas por Ministerio de Salud de Bogotá en 1998, la prevalencia global de los trastornos mentales a nivel mundial es de aproximadamente 851 millones de personas, incluyendo los trastornos neuróticos, afectivos, el retardo mental, la epilepsia, demencias y la esquizofrenia.²⁵

El Banco Mundial citado por Ministerio de Salud de Bogotá (1998), señalan que la depresión mayor representa un importante problema de salud mental, ya que se estima que para el año 2020 será la segunda causa de carga de enfermedad en el mundo, medida en años de vida ajustados por discapacidad, después de la enfermedad isquémica cardíaca.

En correlación a la frecuencia con que este trastorno se presenta, autores como Cassano, afirman que la prevalencia a lo largo de la vida del trastorno depresivo mayor, varía entre un 13.3 y 17.1% en la población general de Estados Unidos y Europa Occidental. De igual manera argumenta que los estudios más recientes registraron que la prevalencia de este trastorno fue del 17% para la población de Europa occidental, teniendo en cuenta un período de seis meses. El autor cita que la depresión tiende a presentarse con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres.²⁶

Como ejemplo de ello, Cassano cita el informe que expuso el gobierno norteamericano, en el que la prevalencia del trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida corresponde al 21.3% en mujeres y 12.7% en hombres.²⁷

También en el Estado de Oregón, un estudio realizado estimó que entre el 12% y el 22% de los jóvenes menores de 18 años han sido diagnosticados con algún desorden mental y que al menos una tercera parte de los jóvenes experimentan un segundo diagnóstico durante el resto de su vida.²⁸

²⁴ MERCK & CO., Inc., Whitehouse Station, NJ, EUA y Schering-Plough Corporation, Kenilworth, NJ, EUA. En el sitio web: <http://www.msd.com/nm/cl/>. Última consulta, Septiembre 3 de 2010.

²⁵ PARDO, Graciela; SANDOVAL, Adriana. Adolescencia y depresión. Universidad Nacional de Colombia. Revista Colombiana de Psicología, 2.004. No 13. p. 13 – 28.

²⁶ CASSANO, P.; FAVA, M. Depression and public health: An overview. Journal of Psychosomatic Research. 2002. Vol. 53. p. 849-857.

²⁷ *Ibíd.* p. 25.

²⁸ DICLEMENTE, R.; HANSEN, W.; PONTON, L. Adolescents at risk. *En*: R. Diclemente (Ed.), Handbook of adolescent health risk behaviour. London: Plenum Press. 1996.

1.5 LA DEPRESIÓN EN COLOMBIA

Según datos del Segundo Estudio Nacional de Salud y Consumo de Sustancias Psicoactivas realizado a 25.135 personas en Colombia, se observó que la prevalencia de la depresión en la población general es de 25.1% y específicamente para la ciudad de Bogotá es de 19.7%. También muestra que en Colombia, el 10.3% del grupo de hombres tiene depresión leve, un 3.4% moderada, y 0.6% depresión severa, cifras menores a lo observado en el grupo de mujeres, donde el 14.7% presenta depresión leve, el 5.3% depresión moderada y el 1.3% depresión severa. Estos resultados sugieren que las mujeres tienden a deprimirse más que los hombres y que ésta tendencia es independiente de la severidad con que se presente la depresión.²⁹

Por otra parte la Política Nacional de Salud Mental en Colombia, revela información epidemiológica en donde se observa una prevalencia alta de alteraciones en la salud mental de la población y un incremento progresivo en su incidencia, como resultado de múltiples factores relacionados con la transición de la salud de los colombianos. Dichos problemas relacionados con el comportamiento y la salud mental de los individuos y las comunidades, son actualmente de tal magnitud que deben ser considerados como problemas prioritarios de salud pública.³⁰

Además los datos del Segundo Estudio Nacional de Salud y Consumo de Sustancias Psicoactivas realizado por Santacruz, citado anteriormente sobre depresión leve, moderada y severa, sugieren que los jóvenes colombianos entre los 16 y 21 años muestran los más altos índices de depresión en comparación con otros rangos de edad, a excepción de la depresión severa en los hombres en el rango de 28 a 33 años.

Además, según los datos de la Secretaría de Salud de Bogotá, en el año 2000 la tercera causa de muerte de los jóvenes de 14 a 26 años se debió a las lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) con un 7.0% del total de muertes (las mujeres 6.8% y los hombres 7.1%), después de las agresiones violentas y los accidentes de tránsito³¹

Desde otras perspectivas, autores como Gómez, indican que los altos índices de depresión pueden deberse a las condiciones socioeconómicas y políticas actuales, caracterizadas por altos índices de desempleo, violencia y pobreza, incertidumbre

²⁹ SANTACRUZ, C.; GÓMEZ, R. C.; POSADA, V. J.; VIRACACHÁ, P. A propósito de un análisis secundario de la encuesta nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Bogotá: Ministerio de Salud-Pontificia Universidad Javeriana. 1995.

³⁰ MINISTERIO DE SALUD. Resolución Número 02358 de 1998, por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Bogotá: Ministerio de Salud. 1998

³¹ DAACD - Departamento Administrativo de Acción Comunal. *Situación socioeconómica de la juventud en Bogotá 2000 – 2001*. Bogotá: Departamento. 2003. Administrativo de Acción Comunal Distrital (DAACD).

laboral y pocas expectativas ocupacionales. Adicionalmente, el autor afirma que la inseguridad vivida en los países del tercer mundo, la alta prevalencia del alcohol y la falta de disponibilidad de tratamiento son otras razones que inciden en el desarrollo de esta problemática.³²

También autores como Bernal y Bonilla opinan que especialmente en el caso de Colombia, las condiciones que podrían explicar un alto índice de prevalencia de depresión son la alta tasa de migración de zonas rurales a urbanas, la variación de la red de soporte social y las relaciones tanto personales como familiares, como consecuencia de la crisis de violencia que coloca a los individuos en una continua situación de duelo. Por tales circunstancias, es factible que una importante proporción de mujeres vivan en situación de duelo permanente o prolongado puesto que tienen una mayor longevidad, además por la violencia que aumenta la tasa de mortalidad en los hombres éstas quedan viudas con sus hijos, lo cual incrementa el número de mujeres cabeza de familia, al igual que también incrementa el número de huérfanos por causas violentas, quienes se ven obligados a desplazarse a la ciudad en busca de nuevas oportunidades.³³

1.6 DEPRESIÓN Y ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa, periodo o estado que se presenta con características bien definidas en el escalonado desarrollo del hombre y que aparece como un salto importante entre la infancia y la adultez; para algunos autores, la adolescencia se considera como el segundo nacimiento, ya que el joven necesita resolver los problemas de ser en función de sí mismo.

Según Erickson la adolescencia es la etapa en donde la tarea primordial es lograr la identidad del Yo y evitar la confusión del rol “es la quinta de las ocho edades del hombre. El crecimiento físico y la madurez genital tienen un efecto profundo en los jóvenes: si bien señalan su llegada a la vida adulta, plantean así mismo el interrogante acerca de la función que van a desempeñar dentro de la sociedad.

Para Erickson, el aspecto más importante de la búsqueda de la identidad es descubrir “quién soy yo” el interrogante que se resuelve en parte a través de la elección de una carrera u oficio, o a través de las diversas experiencias vividas, que pueden ayudarle a encontrar un sitio en la sociedad.

³² GÓMEZ, C.; RODRÍGUEZ, N. Factores de Riesgo Asociados al Síndrome Depresivo en la Población Colombiana. Revista Colombiana de Psiquiatría. 1997. Vol. 26. Nº 1. p. 23-35.

³³ SANTOS, A.; BERNAL, G.; BONILLA, J. Eventos estresantes de vida y su relación con la Sintomatología Depresiva. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana. 1998. Vol. 16. p. 121–132.

Erickson considera que el principal peligro en esta etapa es la confusión del rol, lo que puede manifestarse como la tardanza del joven para llegar a la edad adulta: “los eternos adolescentes”. La confusión también se puede evidenciar al tomar decisiones rápidas con pobre planeación, que los obligan a estar cambiando su carrera u ocupación. Considera también que la tendencia de los adolescentes a reunirse en grupos y la intolerancia hacia todos los que no sean sus pares, es una defensa contra la confusión del rol³⁴

También Rodríguez Alfonso, hace mención a la manera en la que en la adolescencia se presenta un aumento de la emotividad la cual es provocada por la necesidad que experimenta el ser humano de abandonar viejos hábitos de acción y de pensamiento y de establecer otros nuevos, así también desde el punto de vista de la conducta observada se considera que el adolescente vive en una desubicación en el tiempo, convirtiendo el tiempo en un presente y en un activo en un intento de manejarlo.³⁵

De igual forma manifiesta que es en esta etapa del desarrollo en la que las facultades cognoscitivas del adolescente le permiten constituir un sistema de pensamiento que incluye la responsabilidad ante los demás, la internalización de valores y normas y un incipiente sentido de sí mismo. A esta edad se encuentra más preocupado por la opinión de sus iguales o de la sociedad que por lo que opinan sus padres.

De este modo, el descubrirse con esa serie de nuevas realidades, espacios y circunstancias, producen en el adolescente una serie de emociones hasta entonces desconocidas para él, así como también adquiere responsabilidad y debe de enfrentar nuevos retos y momentos críticos que antes no había experimentado.³⁶

También está la opinión del Psicopatólogo Bernard, quien se refiere a las manifestaciones clínicas de los trastornos depresivos en la adolescencia, quien indica que “En ocasiones se destacan algunos síntomas que aparecen desde la infancia y se recrudecen después de la pubertad”³⁷

Así mismo refiere que el síntoma característico de la depresión es el cambio notable en el estado de ánimo, que puede ser enmascarado por irritabilidad o por problemas de conducta y que en los cuadros depresivos de los escolares mayores

³⁴ ARIAS CASTILLO, Liliana. Ministerio de Salud Interacción Humana, Integralidad y Ciclos Vitales. Mayo de 1991. [en línea]. Disponible en Internet en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v23n2/v23n2a15.pdf>. Consultado en: Abril de 2011.

³⁵ RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, Alfonso. Adolescencia y depresión. Un abordaje Multifocal. Rodríguez Martínez Alfonso. Editorial Masson, 1.992. p. 90 – 101.

³⁶ *Ibíd.*, p. 29.

³⁷ BERNAD, C. Psicopatología del adolescente. En H. Montenegro & H. Guajardo (Eds), *Psiquiatría del niño y del adolescente* (pp. 357-365). Santiago de Chile: Mediterráneo. 2000.

y adolescentes menores hay cambios graduales. Los escolares mayores tienden a somatizar más sus quejas, a presentar mayor agitación psicomotora y, en ocasiones, alucinaciones. La apariencia depresiva en estas edades no es el único criterio a tener en cuenta, es preciso tener en cuenta los reportes de los adolescentes acerca de una mayor incidencia de síntomas de desesperanza y falta de capacidad para disfrutar lo que hacen. Conjuntamente, es necesario tener en cuenta otras manifestaciones como la necesidad de dormir más, cambios en el peso corporal, presencia de ideas acerca de la muerte e ideación suicida, y en los adolescentes mayores, es muy frecuente que se presenten somatizaciones en los casos en que existe un síndrome depresivo, como es el caso de los episodios de bulimia y anorexia, síntomas de gastritis, tendencia a la hipertensión arterial o predisposición al cansancio muscular, la fatiga mental, incapacidad de concentrarse y realizar ejercicios de memoria. En algunos de estos casos, y desde 1960, se habla del concepto de “depresión enmascarada.”

Otros autores en sus análisis, comentan que esta etapa de la vida humana, presume un periodo de cambios en los que las alteraciones de todo tipo, ya sean biológicas, cognitivas, sociales y/o del comportamiento aparecen con una mayor proporción, en comparación con aquellas que aparecen en otros niveles de edad.³⁸

Es así como la depresión en los adolescentes, trasciende los aspectos emocionales y de estados de ánimo, para convertirse ya en un problema que impacta la vida misma del joven, en muchos casos llevando al suicidio, provocando así un desenlace fatal.

1.7 CAUSAS DE LA DEPRESIÓN³⁹

Las causas de la depresión son el resultado de diferentes factores químicos, hormonales, genéticos, psicosociales y otras causas del medio donde se crece.

a. Factores químicos:

Las causas básicas de la depresión están asociadas a anomalías en la liberación de ciertos neurotransmisores importantes. Los neurotransmisores son los mensajeros químicos del cerebro y en caso de depresión, se ven alterados los siguientes:

³⁸ GALDÓ MUÑOZ, Gabriel. Atención al adolescente. Capítulo 23: La depresión en la adolescencia. PREGO, Roque; PAYÁ, Beatriz. P. 277 – 290. Universidad de Cantabria, España. 2.008.

³⁹ Depresión.org. Artículos. Causas de la Depresión. [en línea]. Disponible en Internet en: <http://www.depression.org/articulos/articulo.php?id=13>. Consultado en: Abril de 2011.

- ▶ **Serotonina:** Relacionada con la emoción y el estado de ánimo.
- ▶ **Acetilcolina:** Responsable de muchas de las estimulaciones musculares, además participa en la programación del sueño.
- ▶ **Catecolaminas:** Dopamina, (Interviene en el deseo y en la sensación de placer), **Noradrenalina** (puesta en “alerta máxima” de nuestro sistema nervioso) Adrenalina (La sustancia de la “acción” por antonomasia).

Estos mensajeros químicos se alteran por diversas causas como: anomalías estructurales cerebrales leves, trastornos del sueño o herencia genética. Por ejemplo, los investigadores han identificado un defecto en un gen llamado SERT, que regula la serotonina, la que ha sido asociada a la depresión.

b. Factores hormonales:

En la depresión se encuentran alteraciones en el funcionamiento de las glándulas hipotálamo e hipófisis (que se encuentran en el cerebro) y las glándulas suprarrenales, que se encuentran sobre los riñones. Estas tres glándulas funcionan sincronizadas entre sí, de modo que la hormona segregada por el hipotálamo estimula a la hipófisis a que produzca otra hormona que a su vez estimula a las glándulas suprarrenales a producir cortisol. Normalmente, la cantidad de hormona segregada frena a la glándula que la ha producido de modo que se produce un mecanismo llamado de retroalimentación y si esta respuesta de retroalimentación no funciona con normalidad, se origina la depresión. Por ejemplo, en la depresión mayor se puede observar niveles elevados de cortisol.

Las anomalías de la función de la glándula tiroides también se han relacionado con los trastornos del estado de ánimo, ya que el hipotiroidismo a veces da la cara como un síndrome depresivo. Como en el caso anterior existiría en ciertos casos de depresión una mala regulación de la secreción hormonal de estas glándulas.

En las hormonas femeninas, los estrógenos y la progesterona, juegan un papel en la depresión. Los niveles anormales de determinadas hormonas del estrés y del crecimiento también pueden desempeñar un papel fundamental en el desencadenamiento de la depresión.

c. Factores Genéticos:

La predisposición genética a la depresión no implica que se padezca, sino que existe una disposición hacia ella. Algunos tipos de depresión tienden afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición genética biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar.

Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar lo padecen. Al parecer hay otros factores adicionales que contribuyen a

que se desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, la familia, el trabajo o en el estudio.

En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión.

Sea hereditario o no, lo cierto es que el trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales: Disminución del metabolismo del área pre frontal izquierda del cerebro, situación que se normaliza tras los diferentes tratamientos.

d. Factores Psicosociales:

Autores como Gómez citado anteriormente, indican que los altos índices de depresión, pueden deberse a las condiciones socioeconómicas y políticas actuales, caracterizadas por altos índices de desempleo, violencia y pobreza, incertidumbre laboral y pocas expectativas ocupacionales.

Es así como la situación de violencia en Colombia ha ocasionado múltiples desplazamientos, en 2008 alcanzó los 4,3 millones de desplazados, lo que consolida al país suramericano como el segundo del mundo con más refugiados internos, sólo superado por Sudán, con 4,9 millones.⁴⁰

La población desplazada afronta un grave deterioro de su calidad de vida manifestada en condiciones económicas, habitacionales y ambientales al igual que en condiciones culturales que dan cuenta de la mezcla de lo urbano y lo rural en la que las familias migrantes intentan mantener los valores y las costumbres que les fueron transmitidas como herramientas de supervivencia⁴¹

Se sabe que el conflicto armado trae consigo efectos devastadores para el disfrute integral de los derechos de las personas especialmente los jóvenes. Pues ellos, no solo ven afectados sus derechos a la vida y a la supervivencia, incluidos el derecho a la integridad física, moral, mental y psicológica, a un nivel de vida saludable y adecuado, sino que sufren un deterioro integral de su desarrollo y una amenaza múltiple de su derecho a ser protegidos contra toda forma de abuso, maltrato, explotación, discriminación y violencia.⁴²

⁴⁰ Elespectador.com. Op. cit.

⁴¹ DUQUE, H.; LÓPEZ, A. Mujeres en situación de desplazamiento, reinventando una nueva vida en la ciudad: Una Experiencia De Educación Popular. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. 1994.

⁴² PINILLA, Maribel. Cambios en las Condiciones, Trayectorias y Proyectos De Vida de las y los Jóvenes en Situación De Desplazamiento Asentados en Bogotá. 2010.

Por tanto la depresión puede ser la consecuencia o respuesta a determinadas situaciones traumáticas como la pérdida de un ser querido, enfermedad, divorcio o ante situaciones de fuerte estrés.

Los trastornos de inseguridad o de ansiedad, suelen originarse en la infancia, bien por un conflicto puntual o por un ambiente familiar en el que el sujeto ha sido privado de afecto, ha sido sobreprotegido o ha tenido que vivir circunstancias traumáticas.

e. Otras causas entre estas las más relevantes son las médicas y las adicciones:

Medicas: Los trastornos médicos generales más depresógenos son los problemas renales, el pos infarto de miocardio, el cáncer, el SIDA los enfermos de las cuatro primeras clases anteriormente mencionadas son afectados por la depresión en una proporción entre el 20 y el 50 por ciento. La mayor parte de los trastornos orgánicos cerebrales se acompañan de depresión con alta frecuencia.

Adicciones: El alcohol y las drogas son las sustancias responsables de la mayor parte de las depresiones adictivas.

1.8 EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

La incidencia de la depresión en estados unidos es del 20% en las mujeres y del 12% en hombres. Su prevalencia alcanza cifras tan elevadas como un 10% de todos los pacientes atendidos en el sistema sanitario.⁴³

En el Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia en EL 2003, se reportó una prevalencia para la población general a lo largo de la vida del 15% para los trastornos del ánimo, 12,1% para el trastorno depresivo mayor, 1,8% para el trastorno depresivo menor y 0,7% para la distimia.

1.9 SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN DSM-IV⁴⁴

Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

⁴³ Medcenter.org. Fisiopatología, epidemiología y clínica de la depresión. [en línea]. Disponible en Internet en: <http://www.medcenter.com/medscape/content.aspx?id=8106&langtype=1034>. Consultado en: Abril de 2011.

⁴⁴ DYKE, Henry. Síntomas de Depresión. [en línea]. Disponible en Internet en: <http://www.gabineteam.com/S%C3%ADntomas%20de%20la%20Depresi%C3%B3n%20DSM-IV.htm>. Consultado en: Abril de 2011.

Además, disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás), Pérdida importante de peso sin o aumento de peso, Insomnio o hipersomnia (*sueño excesivo*) casi todos los días, Fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes). Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Estos síntomas "provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo." Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica. Los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

1.10 TIPOS DE DEPRESIÓN⁴⁵

Depresión Grave: conocida como depresión unipolar o clínica, las personas tienen algunos o todos los síntomas por lo menos 2 semanas. Con frecuencia los tienen por varios meses o más. Los episodios de la enfermedad pueden ocurrir una, dos, o varias veces en el transcurso de la vida de una persona.

Esta depresión interfiere con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras.

Distimia (o Depresión “Menor”): Incluye síntomas que están presentes de manera más leve, y duran por lo menos 2 años. Las personas con distimia a menudo están faltos entusiasmo por la vida, y viven una existencia sin júbilo y energía que casi parece ser una extensión natural de su personalidad. También pueden sufrir de episodios de depresión grave. Las personas con distimia están en capacidad de trabajar y por lo general de conducir sus vidas, pero suelen ser irritables y sentirse crónicamente descontentos con ellos mismos, así como tener dificultad para disfrutar las cosas y pensar que la vida no tiene mucho sentido.

Enfermedad Maníaco-depresiva, o trastorno bipolar: No es tan común como las otras formas de depresión. Se caracteriza por períodos de depresión que

⁴⁵ Depresión: lo que toda mujer debe saber. Tipos de depresión. [en línea]. Disponible en Internet en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-lo-que-toda-mujer-debe-saber/tipos-de-depresi-n.shtml>. Consultado en: Mayo de 2011.

alternan con períodos de manía. Durante los episodios de manía, las personas pueden tornarse hiperactivas, eufóricas, e irritables. Pueden malgastar dinero y hasta involucrarse en conducta sexual inapropiada. En algunas personas, con los episodios depresivos se alterna una forma más leve de manía, conocida como hipomanía. A diferencia de otros trastornos afectivos, las mujeres y los hombres tienen la misma vulnerabilidad a sufrir del trastorno bipolar; sin embargo, las mujeres con trastorno bipolar tienden a tener más episodios de depresión y menos episodios de manía o hipomanía.

1.11 TRATAMIENTO

Lo primero para recibir un tratamiento adecuado es realizar un examen médico, ya que, algunas enfermedades o ciertos medicamentos pueden producir los mismos síntomas que la depresión. El médico debe descartar esas posibilidades por medio de un examen físico, entrevista del paciente y análisis de laboratorio. Si las causas físicas son descartadas, el médico debe realizar una evaluación mental o dirigir al paciente a un psiquiatra o psicólogo.

Aunque el tratamiento con medicación es siempre recomendado para aliviar el sufrimiento, es necesaria la psicoterapia para ayudar al paciente a solucionar sus conflictos y expresar sus problemas.

Aunque el tratamiento depende de la evaluación mental la Depresión leve se puede tratar con psicoterapia sin medicación la cual es efectiva en estos casos. Depresión moderada con psicoterapia y antidepresivos y en la Depresión grave en todos los casos se debe tratar con medicamentos antidepresivos.

1.12 EL DESPLAZAMIENTO FACTOR DE RIESGO PARA DESENCADENAR DEPRESIÓN

El desplazamiento forzado en Colombia incluye toda clase de violación de los derechos de sus víctimas. Cerca del 4% de la población nacional ven vulnerado el derecho a la vida en cuanto a condiciones de dignidad, pues sienten vulnerado el derecho a escoger su lugar de domicilio, el derecho a la salud, a la educación, a una vivienda digna, al trabajo y a la libertad de expresión entre otros.⁴⁶

⁴⁶ IBÁÑEZ, Ana María. Cómo el Desplazamiento Forzado Deteriora el Bienestar de los Hogares Desplazados?: análisis y determinantes del bienestar en los municipios de recepción*documento cede 2006-26issn 1657-7191 (edición electrónica) julio de 2006. [en línea]. Disponible en Internet en: http://terranova.uniandes.edu.co/centrodoc/docs/condsocioecon/deterioro_bienestar_hogares.pdf. Consultado en: Abril de 2011.

Las manifestaciones de violación a los derechos fundamentales, y el cambio dramático en las condiciones de vida que enfrentan los hogares desplazados, implican pérdidas de bienestar y se traducen en una situación de extrema vulnerabilidad. El desplazamiento genera la pérdida de la tierra, la vivienda y los activos de los hogares. También, genera desempleo, marginación y deterioro en las condiciones de salud, inseguridad alimentaria, desarticulación social y empobrecimiento en general, por tal motivo esta violación de los derechos implica que las familias desplazadas tengan que llegar a lugares desconocidos con costumbres tal vez muy distintas a las de ellos y que de cualquier manera tienen que adaptasen a los nuevos cambios, sin importar por las dificultades que tengan que pasar.

Así mismo, la condición de vulnerabilidad de los hogares desplazados se convierte en un mecanismo de transmisión de pobreza, y se acentúa más porque su procedencia es rural y la composición en su mayoría son mujeres cabeza de familia, niños y ancianos.

Las respuesta humana “normal” frente a estas situaciones “anormales”, como las situaciones de desplazamiento ocasionadas por la violencia se caracteriza por una amplia gama de manifestaciones emocionales que ocasionan sufrimiento emocional y en ocasiones pueden agravar o desencadenar verdaderos trastornos de la salud mental.⁴⁷

La salud mental de la población en situación de desplazamiento se ve afectada por su deterioro en la calidad de vida, la dificultad o imposibilidad para satisfacer necesidades básicas, la ausencia de redes familiares o sociales de apoyo, la impunidad, la continúa violación de derechos humanos y la persistencia de problemas de seguridad que amenazan la vida, son algunos de los factores que también tienen una importancia fundamental en el bienestar emocional de las personas en situación de desplazamiento (CODHES).⁴⁸

Los principales problemas de salud que destacan las mujeres desplazadas referido por el 40%, son las alteraciones de la salud mental. Otros problemas que refieren son enfermedades infecciosas, la violencia, la maternidad temprana y las enfermedades de trasmisión sexual, así como el acceso limitado a los servicios de salud. En Colombia el 38% de los desplazados no está afiliado al sistema general de seguridad social.⁴⁹

⁴⁷ Salud y Desplazamiento. [en línea]. Disponible en Internet en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/mandela/2antecedentes.htm>. Consultado en: Abril de 2011.

⁴⁸ Fuente: Boletín sobre “Niños desplazados” editado por Codhes el 25 de octubre de 1997.

⁴⁹ MOGOLLÓN PÉREZ, Amparo Susana. Opinión de las Mujeres Desplazadas sobre la Repercusión en su Salud del Desplazamiento Forzado. gac sanit. Vol. 20. N° 4 Barcelona July/Aug. 2006.

La depresión constituye un síndrome cuyas respuestas características incluyen cambios en el estado de ánimo (tristeza, irritabilidad, disminución del apetito, sueño, entre otros), se caracteriza por bajos niveles de motivación hacia las actividades diarias, lo cual con lleva a la apatía, conductas de llanto, alteraciones de sueño, dolor de cabeza, sentimiento de culpa, lo cual es reportado por muchas personas en situación de desplazamiento.

1.13 LA RELACIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS CON LAS MANIFESTACIONES DEPRESIVAS

En cuanto al sexo se observa que independientemente del país y la cultura en todo el mundo la depresión es 1.5 a 2.0 veces más frecuente en mujeres que en hombres.

Pero no se ha demostrado claramente el porqué de la diferencia debido a que se han propuesto varias explicaciones para entenderlo, siendo las más sustentadas factores culturales, problemas endocrinos, y causas psicosociales propias de la mujer como los efectos de los partos, crianza de los niños, el trabajo fuera del hogar.

Young Vásquez indica que los cambios hormonales inducen alteraciones del humor y del comportamiento, unos estudios encuentran que del 10-15% de las mujeres que dan a luz sufren de depresión post-parto, que pueden ser debidas a bajas concentraciones de serotonina por los altos niveles de estrógenos, progesterona y cortisol que inhiben el triptófano precursor de la serotonina.

Otros autores mencionan que tanto los hombres y las mujeres deben enfrentar similares niveles de estrés pero que los múltiples roles de la mujer como cuidadora hijos, esposa, profesional y trabajadora son situaciones generadoras de estrés. Por otro lado las mujeres consultan más por depresión pues reconocen y aceptan con mayor frecuencia la enfermedad.⁵⁰

1.14 ROL ENFERMERA - PACIENTE EN LA DEPRESIÓN

Peplan Hildegard fue la primera que en 1952 con su obra "Relaciones Interpersonales en Enfermería" definió la naturaleza y la utilización de estas habilidades, ella conceptualizo el desarrollo de la relación enfermera -paciente con un continuum desde la situación en la que la enfermera y el paciente son personas ajenas entre sí, hasta una situación donde ambos trabajan estrecha y

⁵⁰ NAZROO y cols. Gender Differences in the Prevalence of Depression Alternative Disorders, Biology or Roles Socialogy.

conjuntamente para la solución de un determinado problema, para lo cual tuvo en cuenta 4 fases en la relación Enfermera-Paciente.

- ④ **La orientación:** el individuo tiene una necesidad insatisfecha, necesita apoyo profesional, la enfermera ayuda al paciente a reconocer, entender su problema y a determinar que tipo de ayuda necesita.
- ④ **Identificación:** El paciente se identifica con aquellos que pueden ayudarle (relación), establece relación.
- ④ **Explotación:** El paciente intenta obtener todo lo que se le ofrece a través de la relación.
- ④ **Resolución:** Durante este proceso, el paciente se libera de su identificación con la enfermera.

Adicionalmente, los pacientes necesitan continuamente estrecha relación con alguien a quien confiar sus dificultades, preocupaciones, dolencias y sus crisis de desaliento. De allí radica la importancia de la participación de la enfermera profesional porque es el único nexo entre el paciente y los demás integrantes de salud debido a la permanencia continua de la enfermera con el paciente lo que permite ayudar al paciente a afrontar las diferentes reacciones físicas, emocionales y psicológicas que se le presentan.

La enfermera en salud mental valora e identifica las necesidades de cuidados de la persona de manera integral tomando en consideración su ciclo vital y establece un plan de cuidados individualizados adicionalmente realiza intervenciones de educación para la salud y detección de factores de riesgo.⁵¹

En la bibliografía más reciente se subraya la necesidad de potenciar la intervención de enfermería en el manejo de la depresión en atención primaria, (2006). En la editorial de British Medical Journal (2005) se resalta la necesidad de establecer el papel de la enfermería como proveedora de cuidados al paciente depresivo. Esta necesidad esta en concordancia con la declaración europea de salud mental que bajo el lema “enfrentando desafíos, construyendo soluciones”, suscrita por los ministros de sanidad de 52 estados participantes en el seno de la conferencia ministerial europea de la organización mundial de la salud sobre salud mental celebrada en Helsinki.⁵²

⁵¹ VALERO, Mercedes. Manual de Competencias de la Enfermera en Salud Mental. Unidad de Salud Mental Infante Juvenil. Cadiz, España. 2004.

⁵² ARAGONÈS, Enric. Improving the role of nursing in the treatment of depression in primary care in Spain. Psychiatric care. Vol. 44. Nº 4. October 2008.

2. METODOLOGÍA

2.1 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio es descriptivo cuantitativo, observacional dado que describe una realidad sin modificarla, con una sola medición de la variable de interés, para cada sujeto, en este caso manifestaciones y grado de depresión; a través de un instrumento.

2.2 POBLACIÓN DE REFERENCIA

El universo está constituido por Mujeres Adolescente que asisten al Programa de Nivelación Educativa Redes, de la localidad de Ciudad Bolívar Bogotá, Colombia. Se tuvieron en cuenta criterios de inclusión en las mujeres Adolescentes que han sufrido desplazamiento forzado que residen en los barrios Caracolí, La Isla y Santa Viviana, en el periodo de Julio-Diciembre de 2010.

2.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra está constituida por 37 Mujeres en situación de desplazamiento, que asistieron al Programa de Nivelación Educativa Redes, en Ciudad Bolívar, y se excluyeron 7 adolescentes por no cumplir con el criterio de la edad.

2.3.1 Tipo de Muestreo. Fue seleccionada toda la población o sea que la información o datos son de tipo censal entre las mujeres adolescentes entre 14 y 18 años, que han sufrido desplazamiento forzado y que asistieron al programa de nivelación educativa redes en ciudad bolívar.

2.3.2 Criterios de Inclusión. Mujeres Adolescentes entre 14 y 18 años, que quisieron participar en el estudio y aceptaron voluntariamente diligenciar el inventario de Beck.

2.4. INSTRUMENTO (Ver Anexo 1)

Consta de dos partes:

- ➔ La primera corresponde a un cuestionario diseñado por la investigadora para identificar las características socio demográficas: Edad, Procedencia,

Número de hermanos, Escolaridad, Conformación del Hogar y Uso del tiempo libre, con el fin de caracterizar a la población.

- ➔ La segunda parte es el Inventario de Depresión de Beck (Aarón Temkin Beck, 1942: Instrumento utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigativa en el ámbito profesional, debido a sus características se encuentra entre los doce test más usados, ya que permite identificar manifestaciones Objetivas y Subjetivas del sujeto en estudio.⁵³

Consta de 21 ítems, correspondientes a 7 manifestaciones Objetivas y 14 manifestaciones Subjetivas de la depresión, de 4 enunciados cada uno, que describen síntomas depresivos. Para cada ítem el participante debe indicar el enunciado que mejor describe “ Como se ha sentido en la última semana incluyendo el día de hoy”. La puntuación de los ítems va de 0 a 3.

Dicho instrumento fue seleccionado no solo por las garantías de las propiedades psicométricas sino también por el tipo de vocabulario que puede ser comprendido por personas con un nivel de escolaridad bajo, además es sencilla su aplicación así como su calificación. (La prueba se diseñó para valorar un cuadro depresivo en adolescentes, para lo cual se tienen en cuenta manifestaciones objetivas, subjetivas y grado de Depresión).⁵⁴ Para la aplicación del instrumento:

- ⊗ El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana.
- ⊗ La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.
- ⊗ El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos.
- ⊗ Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico.
- ⊗ Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/severidad son los siguientes:
 - ➔ **No depresión:** 0-9 puntos
 - ➔ **Depresión Leve:** 10-19 puntos
 - ➔ **Depresión Moderada:** 20-29 puntos
 - ➔ **Depresión Grave:** Mayor 30 punto

⁵³ PICOTEA. 1998. Vol. 10. N° 2. p. 303-318.

⁵⁴ BECK, A. T.; BROWN, G.; EPSTEIN, N., y STEER, R. A. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1.988. Vol. 56. p. 893-7.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad:

Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Crombach 0.76-0.95) La fiabilidad del test oscila alrededor de $r = 0.8$.⁵⁵

Validez:

Muestra una correlación con otras escalas. En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0.55 y 0.96 (media 0.72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0.55 y 0.73 (media 0.6).

Su validez Predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento:⁵⁶

Sensibilidad del 100 %,
Especificidad del 99 %,
Valor predictivo positivo 0.72, y
Valor predictivo Negativo de 1

2.4.1 Proceso de Recolección de la Muestra y de la Información.

1. Se pidió autorización al Sr. Aldemar Reinoso Coordinador del Programa Redes.
2. Se explicaron los objetivos del estudio.
3. Se solicitaron datos de Mujeres Adolescentes entre 14 y 18 años que participan en el Programa.
4. Se seleccionaron las Mujeres Adolescentes según los criterios de inclusión.
5. Después de seleccionadas las mujeres se convocaron varios grupos en diferentes horas y fechas, posteriormente se les explico el objetivo del proyecto y su vinculación, además se les informó acerca del consentimiento informado.
6. Después de formalizar el consentimiento informado a aquellas mujeres que aceptaron la vinculación al proyecto, se realizó el diligenciamiento del instrumento propuesto, entregando inicialmente el cuestionario para la recolección de la información sobre características sociodemográficas aclarando individualmente las dudas de las participantes al respecto. Posteriormente se le entregó a cada participante las hojas con las 21 preguntas del Inventario de Beck, aclarando individualmente las dudas sobre el mismo.

⁵⁵ *Ibíd.*, p. 46.

⁵⁶ *Ibíd.*, p. 47.

7. Se ejecutó la recolección de los datos sobre las características socio-demográficas y las repuestas dadas en el cuestionario del Inventario de Beck.
8. Análisis estadístico de la información recogida con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo transversal.
9. Elaboración del informe final.

3. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Uno de los aspectos fundamentales en el estudio, es el respeto y mantenimiento de la autonomía de las adolescentes que participaran, considerándose necesario emplear los principios éticos y morales de la Profesión de Enfermería, los cuales están relacionados con el trato y los derechos que se merecen los individuos que participan o hacen parte de un estudio.

Según El Tribunal Ético De Enfermería, La ley 266 de 1996 y la Resolución 13437 de 1991, en una investigación, se deben contemplar los principios éticos de la Práctica Profesional, los cuales se basan en la "confidencialidad, integridad, dialogicidad, Justicia, Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad entre otros. Por lo tanto en ésta investigación, se velará por la conservación de estos principios, puesto que el nombre de las participantes no va a ser revelado en ningún momento, las adolescentes tendrán el derecho de decidir si quieren ser parte de la investigación o de su permanencia en la misma y los resultados de cada encuesta no serán modificados.

Se utilizó el formato de consentimiento informado, el cual se aplicó a las Mujeres Adolescentes entre 14 y 18 años, antes de iniciar la recolección de datos, para lo cual se les explicó acerca de los riesgos y beneficios del estudio, por lo tanto, el proceso del consentimiento informado debe basarse en una relación de confianza y honestidad, en donde el investigador brinda información clara y precisa, con las explicaciones pertinentes y necesarias que garanticen el entendimiento de la adolescente, si se encuentran mujeres adolescentes con algún grado de depresión ellas serán informadas personalmente y además se le informará al coordinador del Programa Redes para que sean remitidas a consulta con el especialista a través del Programa de Vidas Móviles que asegure que tengan algún tipo de intervención.

El informe final será presentado en la facultad de enfermería de la Universidad Javeriana.

4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos, después de haber aplicado el instrumento “inventario de Beck”, a las 30 Mujeres Adolescentes entre 14 y 18 años, en situación de desplazamiento en los Barrios Caracolí, Santa Viviana y la Isla de la localidad de Ciudad Bolívar. En la primera parte, se presentan las características sociodemográficas con el correspondiente análisis. A continuación, se muestran las diferentes manifestaciones de depresión, tanto objetivas como subjetivas, y se indica el grado de depresión que tuvieron las Mujeres Adolescentes entre 14 y 18 años.

4.1 CARACTERIZACIÓN DEL GRUPO PARTICIPANTE

En total participaron 30 Mujeres Adolescentes entre 14 y 18 años, que han sufrido desplazamiento forzado y que asistieron al Programa de Nivelación Educativa Redes.

Los Datos Arrojados fueron:

Tabla 1. Características Socio-Demográficas.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad		
De 14-16 años	16	53%
De 17-18 años	14	47%
Ciudad De Origen		
Chaparral	4	14%
Lloro-Chocó	2	7%
Quibdó-Choco	3	10%
Chocó	6	20%
Nariño	2	7%
Espinal	1	3%
Doncello	1	3%
Tumaco	1	3%
N/R	4	14%
Mocoa	2	7%
Villavicencio	1	3%
Pitalito	1	3%

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Santander	1	3%
Neiva	1	3%
Numero de Hermanos		
1	7	
2	1	
4	2	
5	5	
8	4	
9	4	
1	N/R	
Conformación del Hogar		
Papá y mamá	14	46%
Mamá	11	37%
Papá	3	10%
N/R	2	7%
Uso del Tiempo Libre		
Hacer Oficio	6	20%
Ventas	4	13%
Ver Televisión	5	17%
Hablar con los Amigos	6	20%
N/R	9	30%

Fuente: Cuestionario Rápido Aplicado a las Mujeres Adolescentes entre 14 y 18 años, que han sufrido desplazamiento forzado y participan del Programa de Nivelación Educativa Redes, implementado por PIRAJON GARCIA, Mariela. Autora del presente Trabajo de Grado.

Como se aprecia en la tabla 1, el 53% de las Mujeres Adolescentes encuestadas tienen una edad de 14 a 16 años y un 47% de 17 a 18 años, y aproximadamente 90% de ellas son procedentes de otras ciudades distintas a Bogotá; lo cual indica que Bogotá, recibe población desplazada de diferentes partes del país y que desde los 14 años, y posiblemente desde antes, como lo muestra los datos hay niños que están siendo obligados a dejar su lugar de procedencia, debido al conflicto interno que sufre el país. Es así como ellas deben llegar a un lugar desconocido y tienen que de una manera u otra adaptarse a la nueva vida, pues como muestra la Tabla número 1, la mayoría de las Mujeres encuestadas tienen más hermanos y son ellas quienes quedan a cargo de ellos y deben asumir otros roles como el de hacer los oficios de su casa que en el presente estudio

corresponde a un 20% de las Mujeres encuestadas, pues ellas son quienes permanecen cuidando a sus hermanitos más pequeños mientras sus padres buscan el sustento de la familia. Ante esto se puede decir que concuerda con lo expresado por Maribel Pinilla (2010) en su trabajo de Investigación sobre el desplazamiento y la juventud en el que ratifica “En cuanto a los roles los jóvenes tienen que asumir los de adultos, los jóvenes expresan que tienen que asumir el papel de sus madres, como cuidadores de sus hermanos, sobrinos, etc. Esta población de jóvenes, no experimenta sentimientos de inutilidad, por el contrario se convierten en un apoyo para los padres, al cuidar de hermanos y sobrinos.”⁵⁷

Por otra parte según datos de la tabla 1. El 13% de las Mujeres encuestadas recurren a las ventas callejeras como venta de comestibles y ventas de minutos a celular que para ellas genera un aporte económico para poder ayudar al sustento de su familia, esto se relaciona con lo expuesto por Pinilla Maribel (2010) en cuanto a la ocupación que desempeñaban los jóvenes antes y la ocupación de ahora. Pues la labor desempeñada por los jóvenes antes del desplazamiento se relacionaba con su ámbito y no estaban ligadas a la remuneración económica necesariamente, sino más como un apoyo a la familia. En cuanto a su tiempo libre el 17% de las niñas lo utiliza viendo televisión, el 20% habla con sus amigos y un 30% no respondió.

Durante la adolescencia, la transición de la niñez a la edad adulta es supremamente importante, pues los niños se están volviendo más independientes, y comienzan a mirar el futuro en términos de carrera, relaciones, familias, vivienda, etc., también en este período, exploran las posibilidades y comienzan a formar su propia identidad basándose en el resultado de sus exploraciones. Es así como en las Adolescentes encuestadas “En sentido de quienes SON”, puede verse obstaculizado, lo que da lugar a una sensación de confusión sobre sí mismos y su papel en el mundo lo cual puede ser un factor de riesgo para causar depresión en las adolescentes.”⁵⁸

⁵⁷ PINILLA, Maribel. Cambios en las Condiciones, Trayectorias y Proyectos de vida de las y los jóvenes en situación de desplazamiento asentados en Bogotá. 2010.

⁵⁸ Organización Mundial de la Salud. Programas y Proyectos. Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente. [en línea]. Disponible en Internet en: http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/adolescent/es. Consultado en: Mayo de 2011.

4.2 MANIFESTACIONES OBJETIVAS Y SUBJETIVAS SEGÚN INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

➔ Manifestaciones objetivas

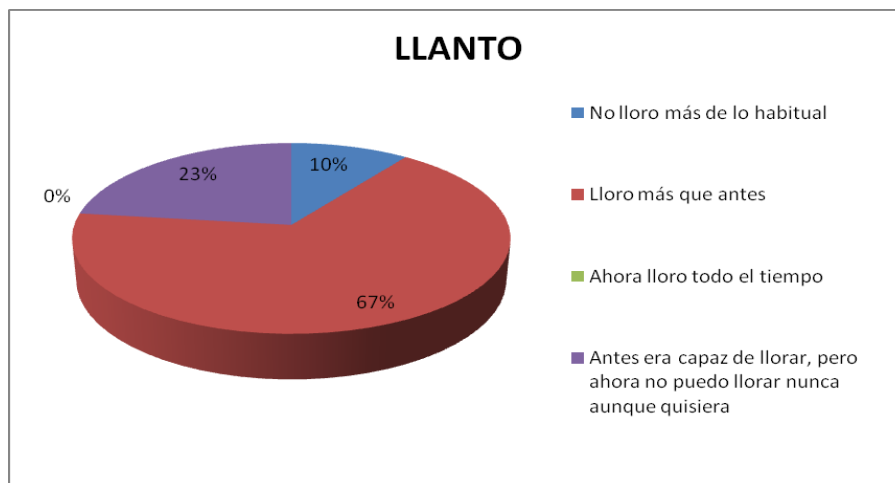
Tabla 2. Distribución de Las Mayores frecuencias de las Manifestaciones Objetivas.

Manifestación y Número de Respuesta	Respuestas	Porcentaje
Separación social: 22	“Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía”	73%
Llanto : 20	“Llora más que antes”	67%
Insomnio: 20	“No duermo tan bien como antes”	67%
Pérdida de peso: 19	“He perdido más de 2 kilos”	64%
Retardo laboral: 18	“Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo”	60%
Anorexia: 17	“Mi apetito no es tan bueno como antes”	59%
Cambios imagen corporal: 14	“Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos”	47%

Fuente: PIRAJON GARCIA, Mariela. Autora del presente Trabajo de Grado. 2010.

Los resultados evidencian la presencia de manifestaciones objetivas de depresión en las adolescentes encuestadas, siendo reconocidas 6 de las 7 manifestaciones por más del 50% de la muestra (entre 59% y 73%)

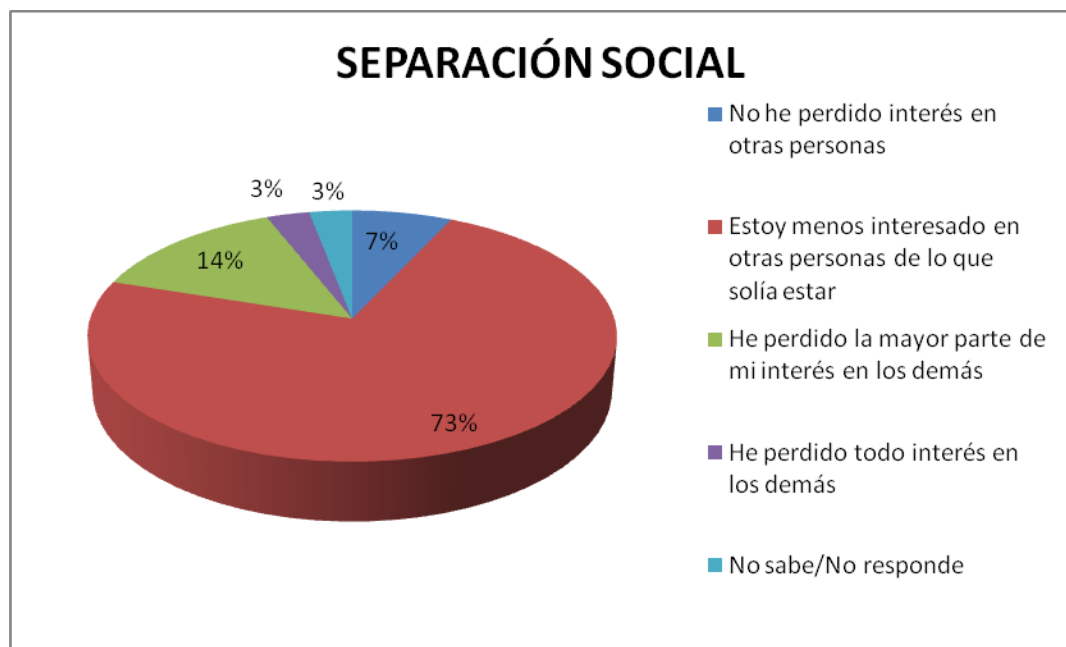
Grafico 1. Manifestación Objetiva “Llanto” en las Mujeres Adolescentes entre 14 y 18 años, que participaron del programa de Nivelación Educativa redes Julio-Diciembre /2010.



Fuente: PIRAJÓN GARCIA, Mariela. Autora del presente Trabajo de Grado. 2010.

En cuanto al llanto sólo el 10% “no llora más de lo habitual”, mientras el 90% restante ha sufrido algún cambio: El 67% “llora más que antes” y el 23% “antes era capaz de llorar, pero ahora no puede llorar nunca aunque quisiera”. Resultado que evidencia la presencia del llanto en éstos adolescentes, lo cual, de acuerdo al DSM-IV corresponde a uno de los primeros síntomas evidentes de depresión.

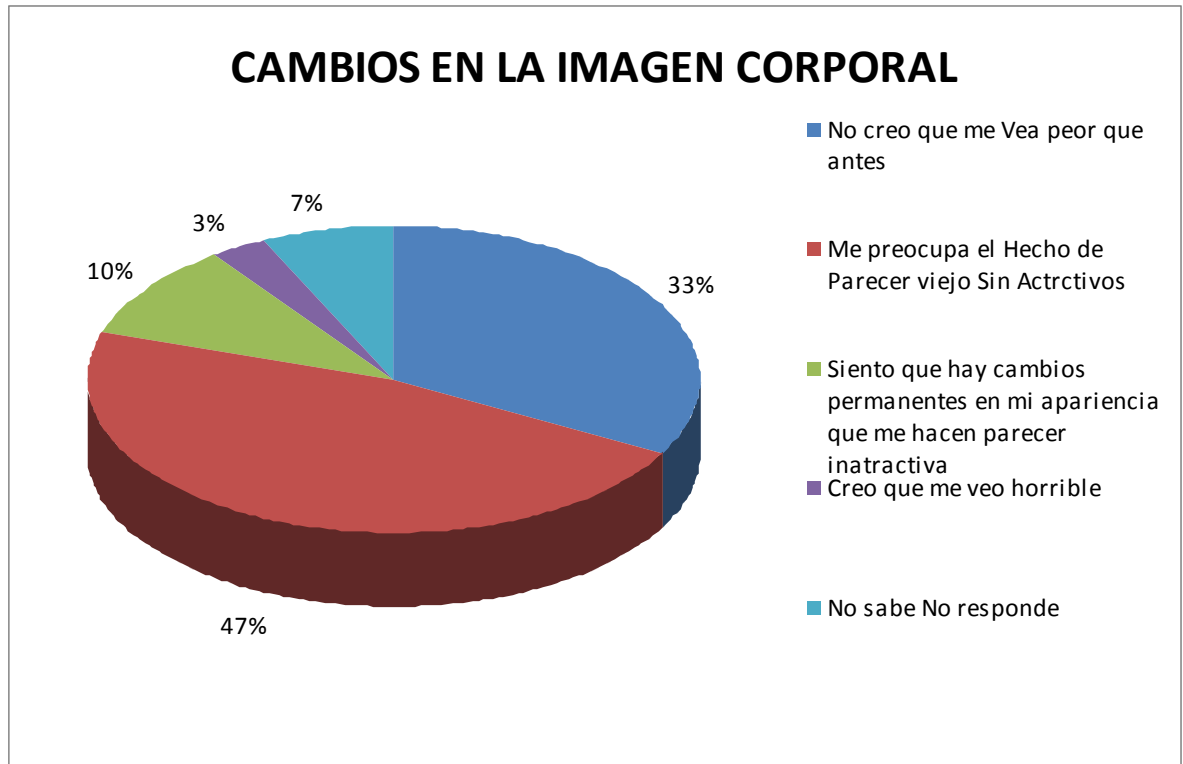
Grafico 2. Manifestación Objetiva “Separación Social” en las Mujeres Adolescentes entre 14 y 18 años, que asistieron al Programa de Nivelación Educativa Redes, Julio-Diciembre/2010.



Fuente: PIRAJÓN GARCIA, Mariela. Autora del presente Trabajo de Grado. 2010.

En cuanto a la separación social se puede observar que únicamente el 7% “ No ha perdido el interés en otras personas”, mientras que el 93% restante ha tenido cambios significativos: Un 3% no sabe no responde, El 3% “ ha perdido todo el interés en los demás”, el 14% “ Ha perdido la mayor parte del interés en los demás” y el 73% “Está menos interesado en otras personas de lo que solía”. Lo que evidencia la presencia de separación social en este grupo de adolescentes. Lo cual puede ser confundido con el desinterés que se observa cuando el adolescente se aísla a solas y, huye de cualquier encuentro o actividad de grupo y a aquello que le gustaba y le era placentero, deja de ser motivador, disminuyendo así su actividad personal y social, que según (Pliego, 2001; Schowb 1995) por la naturaleza de sus indicadores este factor puede ser confundido con las características propias de la adolescencia lo que trae como consecuencia que la depresión sea identificada de manera oportuna.

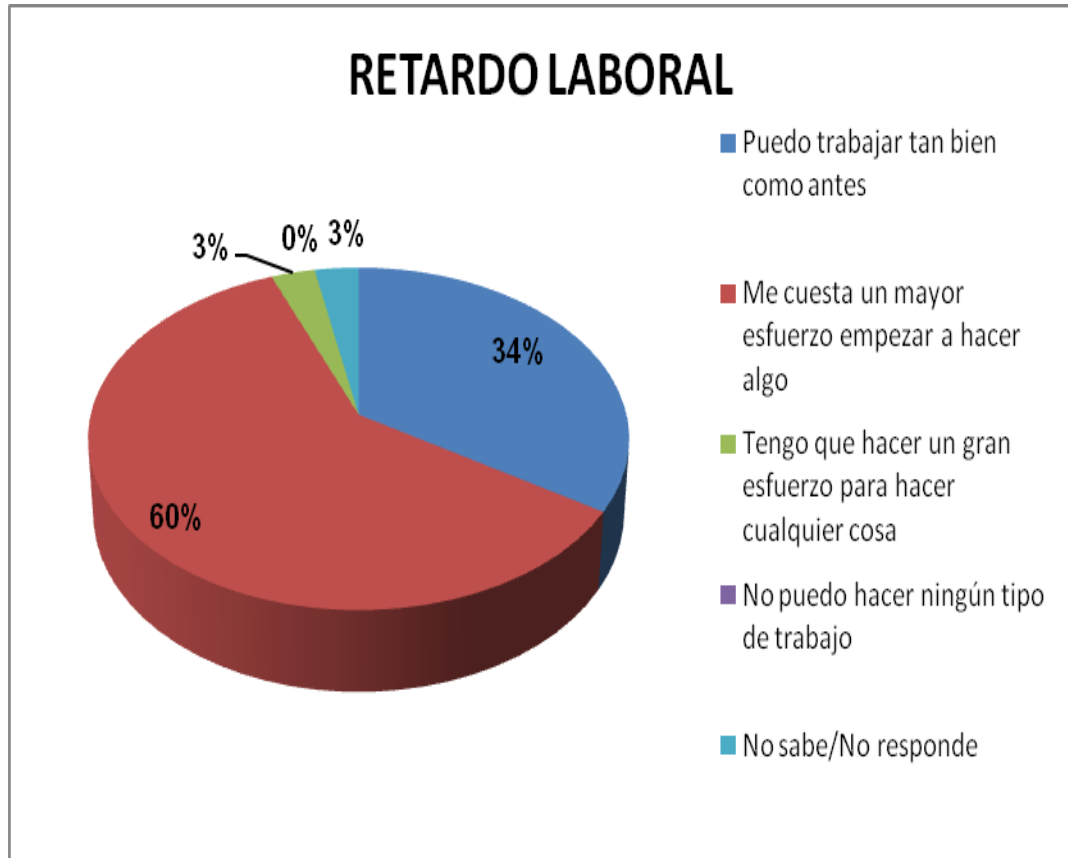
Grafico 3. Manifestación Objetiva “Cambio Imagen Corporal” en las Mujeres Adolescentes entre 14 y 18 años, del programa de Nivelación Educativa Redes Julio-Diciembre/2010.



Fuente: PIRAJÓN GARCIA, Mariela. Autora del presente Trabajo de Grado. 2010.

Respecto a los cambios en la imagen corporal el 7% no sabe no responde, el 33% “No cree que se vea peor que antes” y el 60% presentan cambios significativos: 47% “Le preocupa el hecho de parecer vieja sin atractivos”, el 10% “Siente que hay cambios permanentes en su apariencia que la hacen parecer inatractiva” y el 3% que “Siente que se ve horrible”. Resultado que evidencia la presencia de cambios en la imagen corporal de estas adolescentes, lo cual de acuerdo al DSM-IV corresponde al cambio de imagen corporal en las personas con Depresión que tiende a distorsionarse porque el pensamiento sobre su imagen corporal es negativo ya que creen o se sienten menos atractivas que antes.

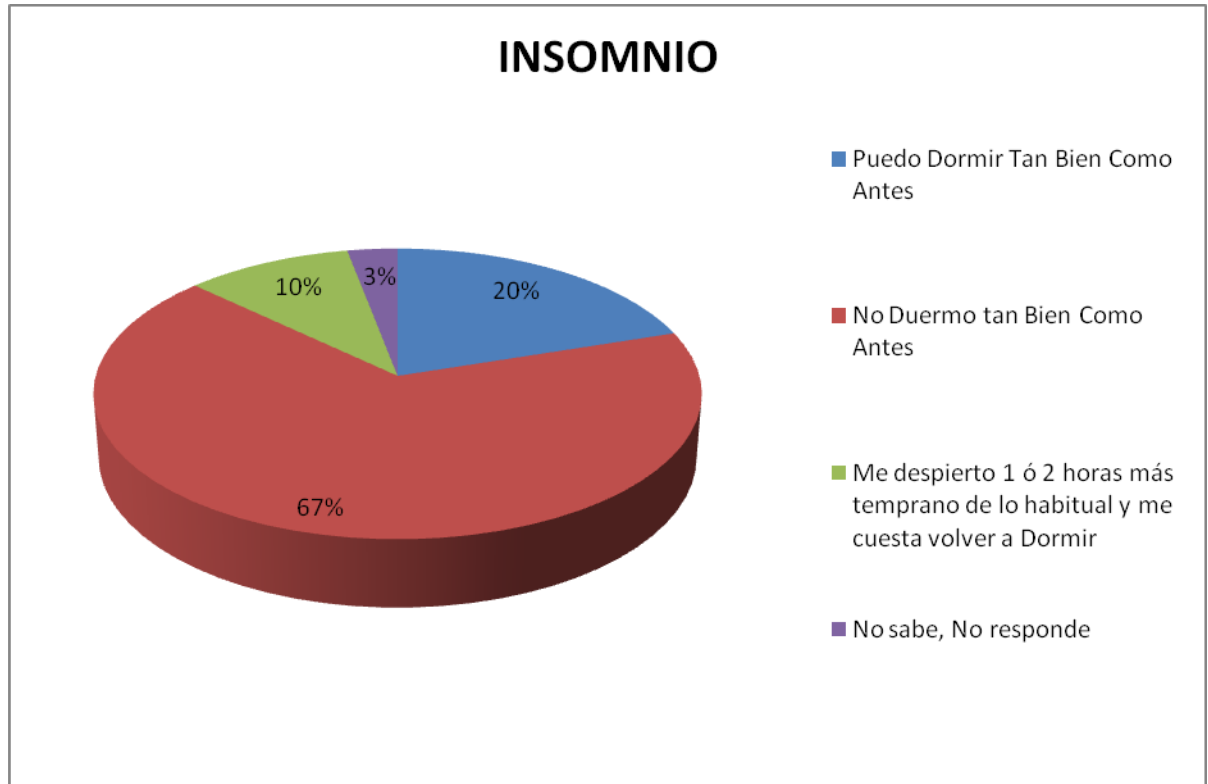
Grafico 4. Manifestación Objetiva “Retardo Laboral” en las Mujeres Adolescentes entre 14 y 18 años del programa de Nivelación Educativa Redes. Ciudad Bolívar, Julio-Diciembre/2010.



Fuente: PIRAJON GARCIA, Mariela. Autora del presente Trabajo de Grado. 2010.

De acuerdo a los resultados obtenidos el 60% de las Adolescentes encuestadas manifestaron que “Les cuesta mayor esfuerzo hacer algo”, el 3% expresaron que “Tienen que hacer un gran Esfuerzo para hacer cualquier cosa; mientras el 34% manifiesta que “Puedo trabajar tan bien como antes”, la mayoría entonces, tiene esta manifestación objetiva de depresión; resultado que contrasta con los resultados del estudio realizado por Pinilla Maribel (2010) en cuanto a la forma de afrontamiento que han utilizado los jóvenes víctimas del desplazamiento forzado encontrando en la mayoría actitudes asertivas como el trabajo. En otros identificó actitudes de dependencia, hacia los padres; y en una minoría actitudes poco asertivas ó antisociales desarrolladas durante la adaptación al nuevo contexto urbano como la poca tolerancia, la agresividad, y dedicarse a la drogadicción.

Grafico 5. Manifestación Objetiva “Insomnio” en las Mujeres Adolescentes entre 14 y 18 años, que han sufrido desplazamiento forzado, del programa de Nivelación Educativa Redes. Julio-Diciembre/2010.

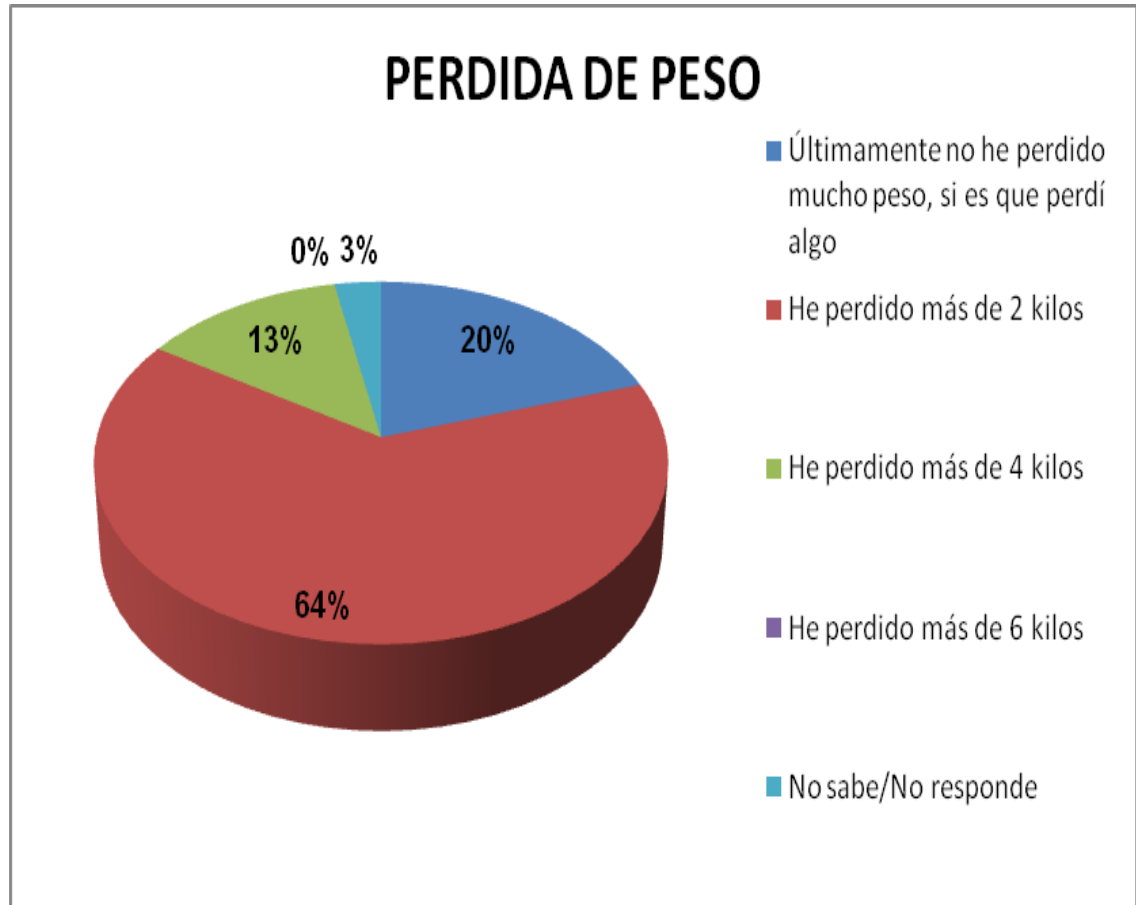


Fuente: PIRAJON GARCIA, Mariela. Autora del presente Trabajo de Grado. 2010.

Respecto al insomnio el 3% “No sabe no responde” y el 20% manifestó “Puedo dormir tan bien como antes”. Mientras que el 77% restante presento cambios significativos; El 67% “No duerme tan bien como antes” y el 10% “Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir”, lo que confirma que la mayoría de estas adolescentes presentan esta manifestación objetiva de depresión. Estos cambios, pueden relacionarse con lo expresado por Galeano que se refiere a que toda persona desplazada tiende a sentir miedo de repetir las situaciones vividas, a los ataques en la noche, a que lleguen a sacar a los hombres de la casa, a dejar más huérfanos y viudas; por todo ello, todas estas personas pueden desencadenar en un cuadro Depresivo y de persecución lo cual hace que no tengan tranquilidad de descansar en la noche como en algún tiempo lo pudieron hacer.⁵⁹

⁵⁹ www.disaster-info.net/desplazados/.../2antecedentes.htm.

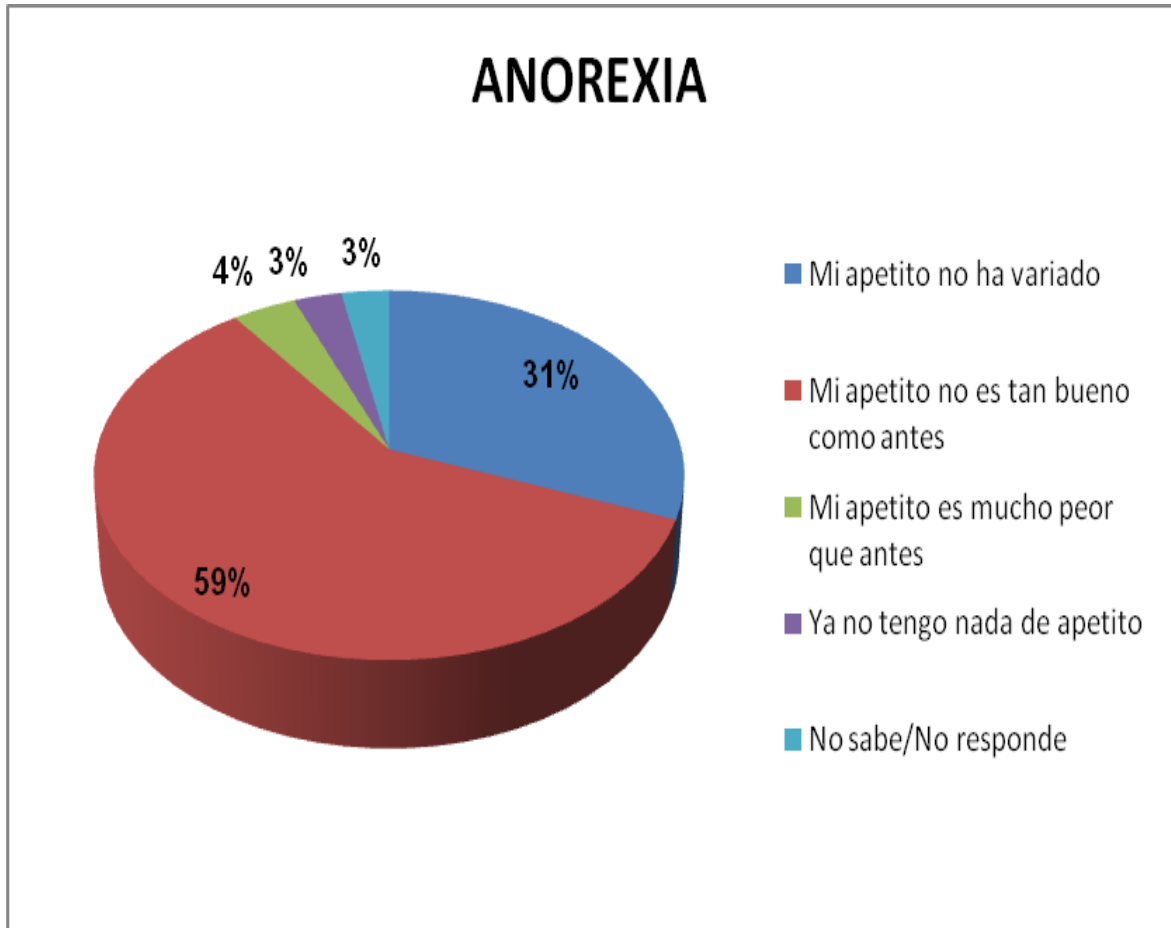
Grafico 6. Manifestación Objetiva “Pérdida de Peso” en las Mujeres adolescentes del programa de Nivelación Educativa Rede. Julio-Diciembre/2010.



Fuente: PIRAJON GARCIA, Mariela. Autora del presente Trabajo de Grado. 2010.

Con relación a la pérdida de peso se encontró que el 20% “Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo”. Mientras el 77% manifestó cambios característicos que confirman la presencia de ésta manifestación objetiva de depresión en éste grupo de adolescentes: El 64% “Ha perdido más de 2 kilos de peso” y 13% “He perdido más de 4 kilos”.

Grafico 7. Manifestación Objetiva “Anorexia” en las Mujeres Adolescentes del programa de Nivelación Educativa Rede. Julio-Diciembre/2010.



Fuente: PIRAJON GARCIA, Mariela. Autora del presente Trabajo de Grado. 2010.

En cuanto a la anorexia el 31% manifestó “Mi apetito no ha variado”. Mientras el 66% restante presenta cambios significativos como manifestación objetiva de depresión: El 59% de las Adolescentes manifestó que “El apetito no es tan bueno como antes”, el 4% refiere que el apetito es mucho peor que antes, el 3% manifiesta no tener nada de apetito, lo cual, de acuerdo a la clasificación de la depresión por el CIE-10 corresponde a una manifestación de un episodio depresivo.

➔ Manifestaciones Subjetivas

Tabla 3. Distribución de las mayores frecuencias de las manifestaciones subjetivas de Depresión en Adolescentes que han sufrido desplazamiento forzado Diciembre 2010.

Manifestaciones y Número de Respuesta	Respuesta	Porcentaje
Ideas Suicidas: 28	“No tengo ninguna idea de matarme”	90%
Irritabilidad: 26	“Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.	87%
Tristeza: 26	“Me siento triste”	87%
Sensación de Fracaso: 24	“Siento que he fracasado más que la persona normal.	80%
Insatisfacción: 24	“No disfruto de las cosas como solía hacerlo”	80%
Indecisión: 23	“Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes”	77%
Pesimismo: 23	“Me siento desanimada con respecto al futuro”	77%
Fatigabilidad: 22	“Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme”	73%
Autoacusaciones: 22	“Me critico por mis debilidades”	73%
Culpa: 17	“Me siento culpable buena parte del tiempo”	57%
Pérdida del Libido: 17	“Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora”	56%
Expectativas de Castigo: 15	“siento que puedo estar siendo castigado”	50%
Autodesagrado: 15	“Estoy decepcionado conmigo”	47%
Preocupación Somática: 14	“Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.	43%

Fuente: PIRAJON GARCIA, Mariela. Autora del presente Trabajo de Grado. 2010.

Los resultados muestran la presencia de 13 de las 14 manifestaciones Subjetivas de depresión en las adolescentes encuestadas; siendo reconocidas 10 de ellas por más del 50% de la muestra (entre 56% y 87%).

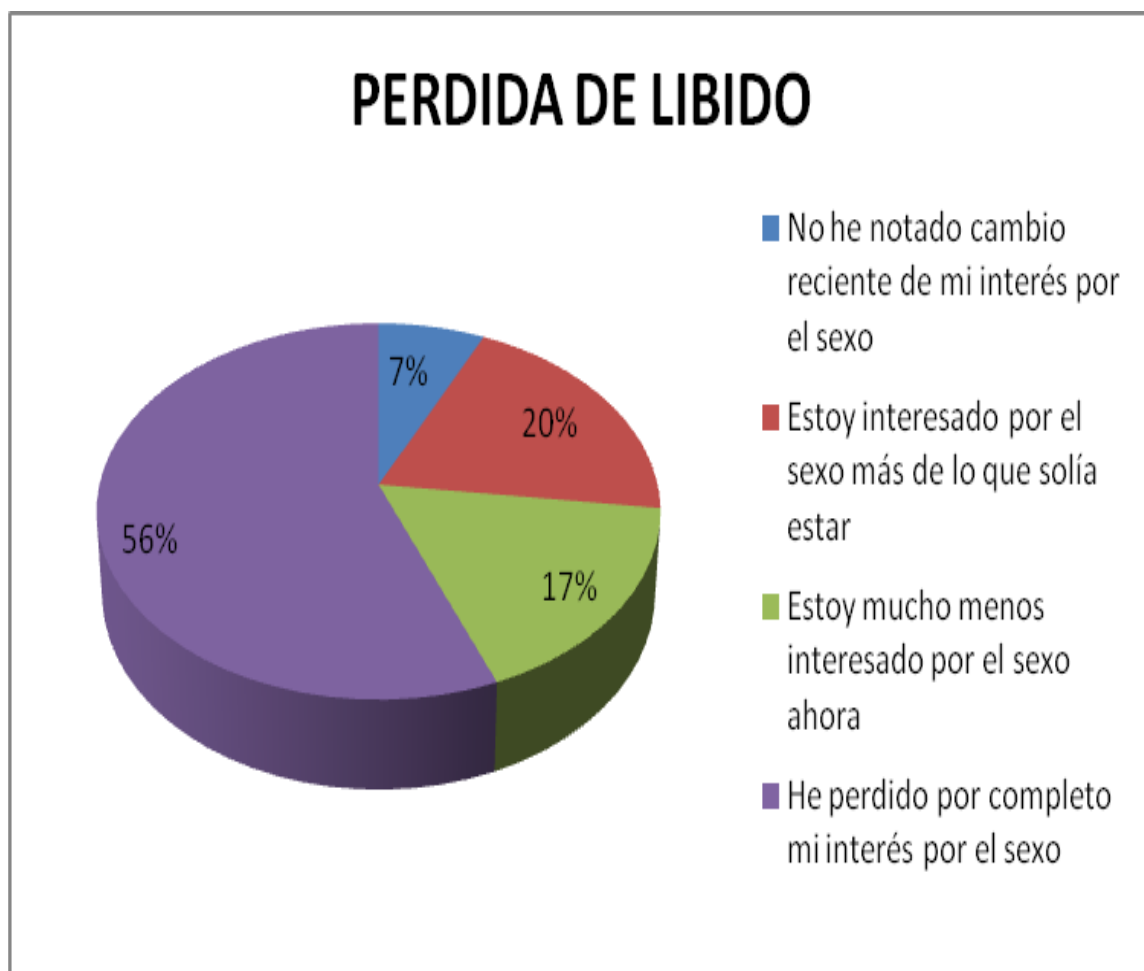
Grafico 8. Manifestación subjetiva “Pesimismo” en las Mujeres Adolescentes del programa de Nivelación Educativa Redes. Julio-Diciembre/2010.



Fuente: PIRAJON GARCIA, Mariela. Autora del presente Trabajo de Grado. 2010.

En cuanto al pesimismo sólo el 17% manifiesta “No estar particularmente desanimado con respecto al futuro”, mientras el 83% restante ha tenido algún cambio: 77% “Se siente desanimado con respecto al futuro, el 3% “siente que no puede esperar nada del futuro y el 3% “Siente que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar”, resultados que según el DSM-IV al presentar insomnio (Que en el presente estudio es del 77% de las personas encuestadas) y sentimiento de desesperanza corresponde a dos síntomas de un estado de ánimo depresivo.

Grafico 9. Manifestación subjetiva “Pérdida libido” Mujeres Adolescentes del programa de Nivelación Educativa Redes. Julio-Diciembre/2010.



Fuente: PIRAJON GARCIA, Mariela. Autora del presente Trabajo de Grado. 2010.

Respecto a la pérdida de libido únicamente el 7% manifestó “No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo”, mientras que el 93% restante manifestó cambios: El 20% “Estoy interesado por el sexo más de lo que solía estar”, el 17% “Estoy menos interesado por el sexo ahora” y el 56% “He perdido por completo mi interés por el sexo, un mayor porcentaje presenta ésta manifestación subjetiva de depresión, y que se corrobora con lo consignado por el DSM-IV como síntoma de depresión ya que las personas con estado de ánimo depresivo presentan disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades.

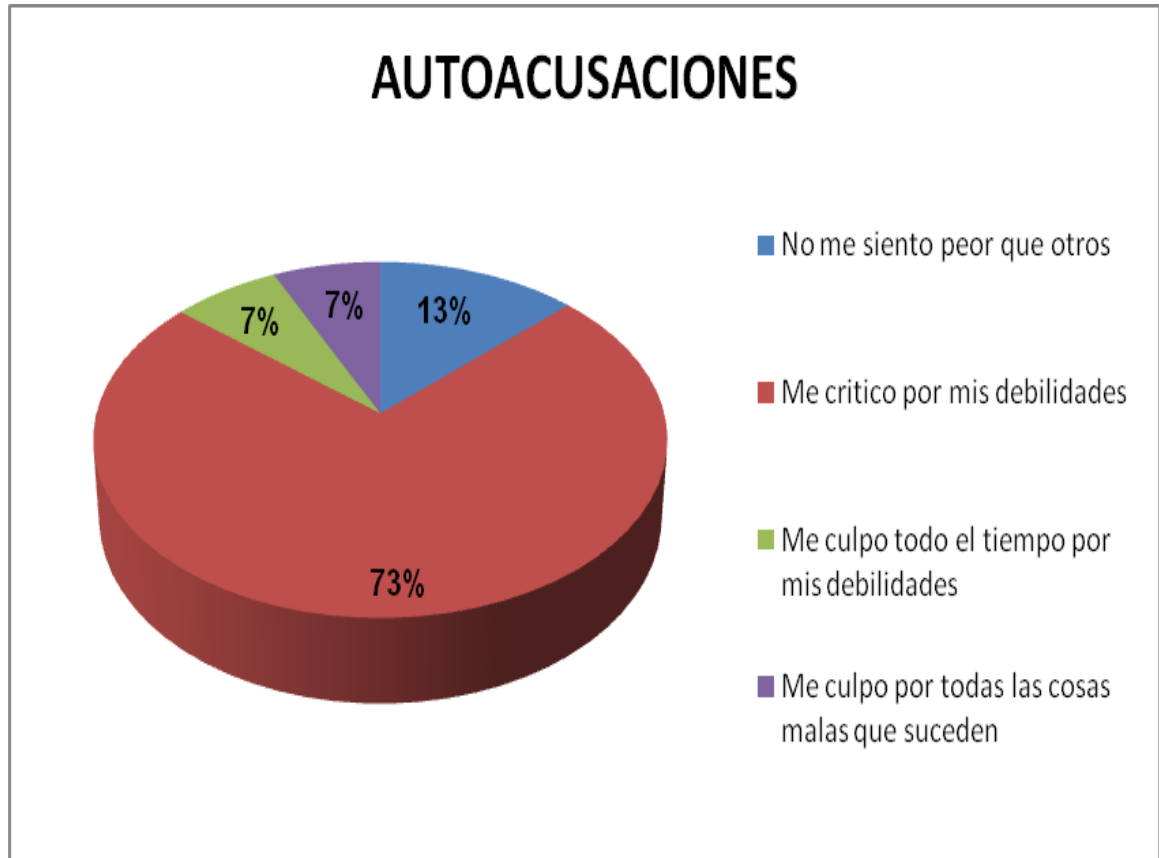
Grafico 10. Manifestación subjetiva “Tristeza” en las Mujeres Adolescentes del programa de Nivelación Educativa Redes. Julio-Diciembre/2010.



Fuente: PIRAJON GARCIA, Mariela. Autora del presente Trabajo de Grado. 2010.

Respecto a la Tristeza sólo el 10% manifestó “No me siento triste, mientras que el 90% restante presentó cambios significativos: El 87% “Se siente triste” y el 3% “Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo” resultado que muestra la presencia de la manifestación subjetiva de depresión, lo cual de acuerdo al DSM-IV corresponde a uno de los síntomas de depresión.

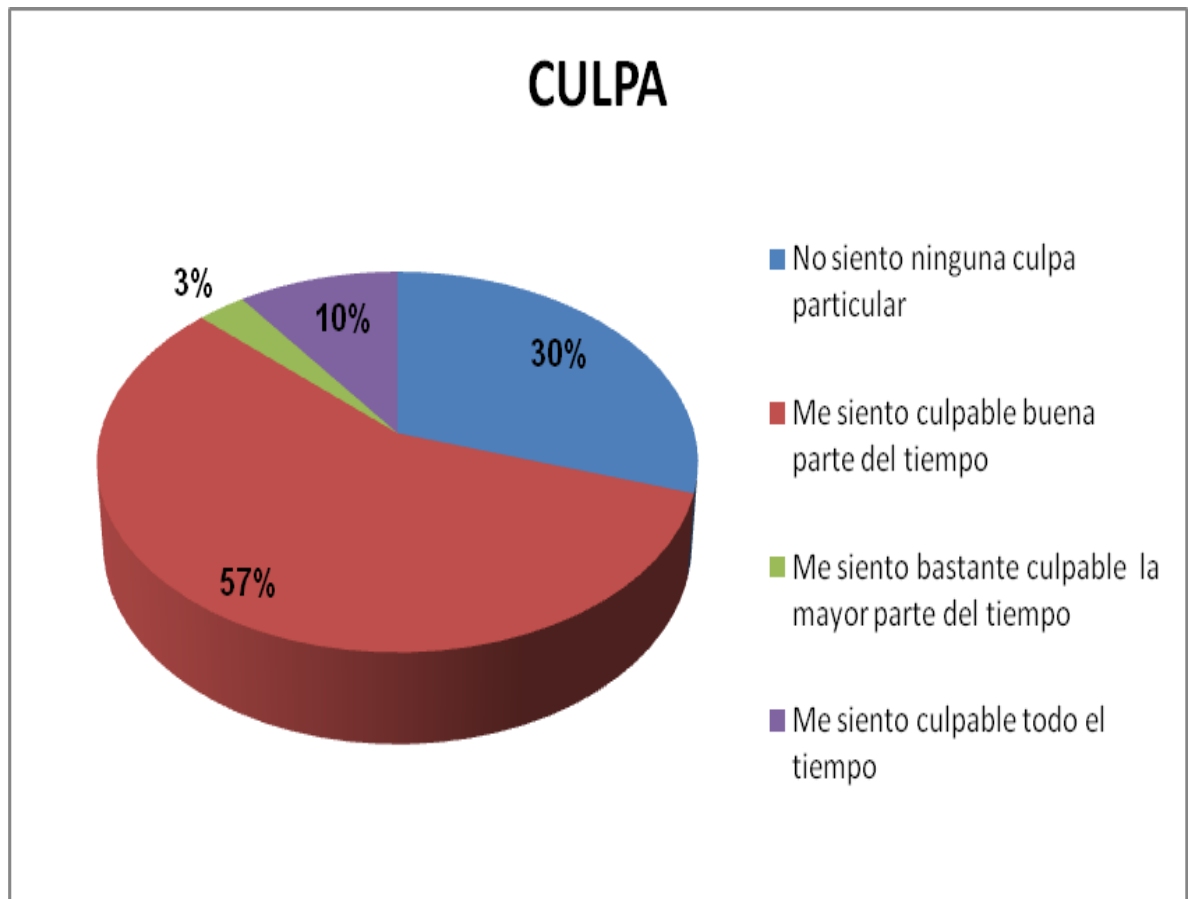
Grafico 11. Manifestación subjetiva “Autoacusaciones” Mujeres Adolescentes del programa de Nivelación Educativa Redes. Julio-Diciembre/2010.



Fuente: PIRAJON GARCIA, Mariela. Autora del presente Trabajo de Grado. 2010.

En relación con autoacusaciones sólo el 13% “No se siente peor que otros” mientras que el 87% restante ha manifestado cambios demostrativos de autoacusaciones: El 7% “Se culpa todo el tiempo de sus faltas”, el 7% “Se culpa por todas las cosas malas que suceden y el mayor porcentaje con el 73% “se critica por las debilidades” resultado que evidencia las autoacusaciones como manifestación subjetivas entre las adolescentes participantes en el estudio.

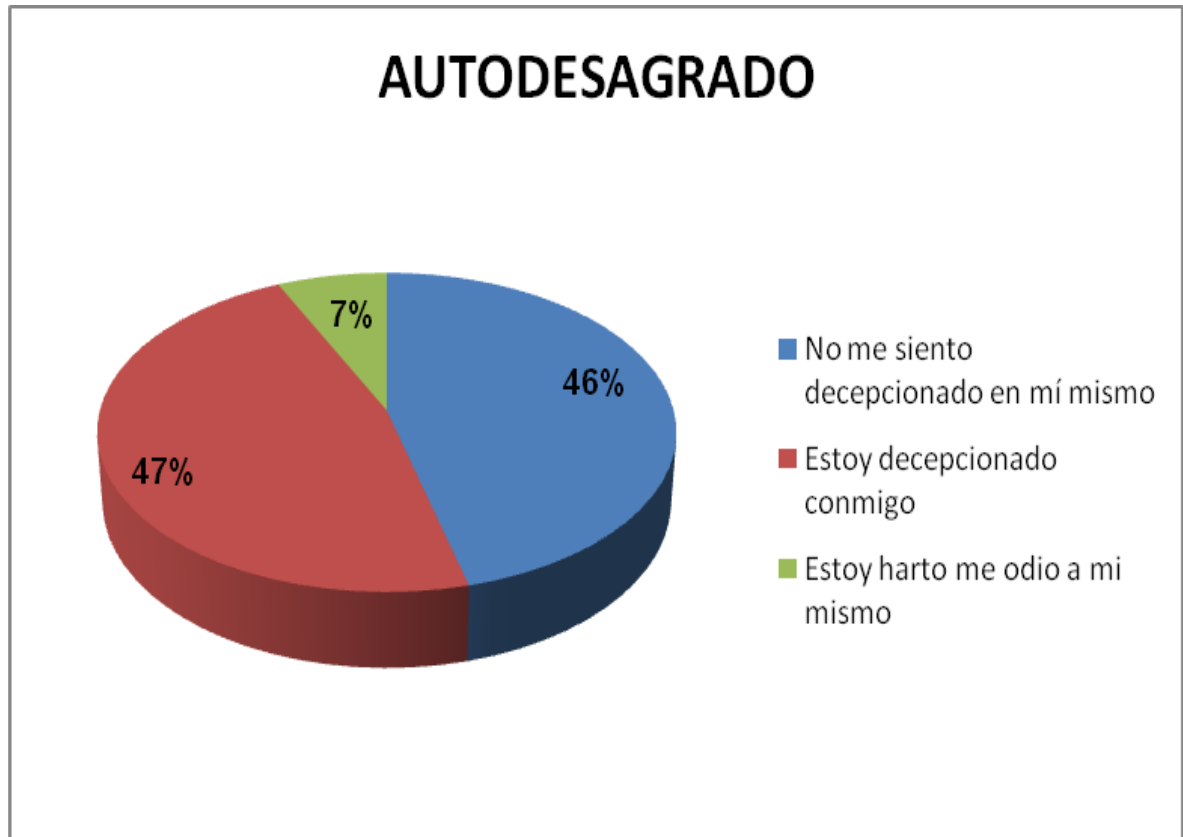
Grafico 12. Manifestación subjetiva “Culpa” en las Mujeres Adolescentes del programa de Nivelación Educativa Redes. Julio-Diciembre/2010.



Fuente: PIRAJON GARCIA, Mariela. Autora del presente Trabajo de Grado. 2010.

Únicamente el 30% “No siente ninguna culpa particular” mientras que el 70% restante presenta cambios con respecto al sentimiento de culpa: El 3% “Se siente bastante culpable la mayor parte del tiempo”, el 10% “Se siente culpable todo el tiempo” y el mayor porcentaje del 57% “Se siente culpable buena parte del tiempo”, la mayoría entonces tiene la culpa como manifestación subjetiva de depresión. Lo anterior se relaciona con lo expresado por Paloma Cobo Ocejo en la revista mexicana de orientación educativa # 8, que un síndrome Depresivo consiste en un estado de ánimo bajo, y el sentimiento de culpa como una de las manifestaciones.

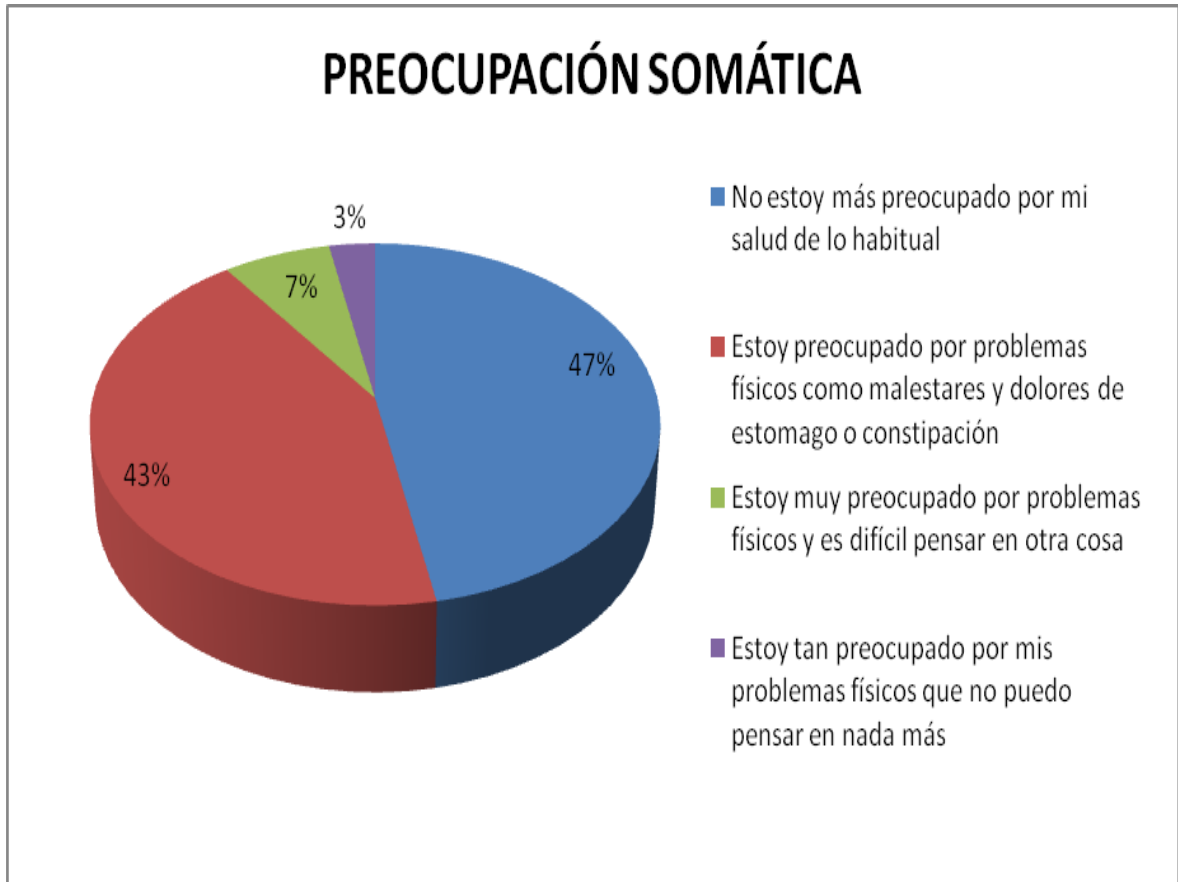
Grafico 13. Manifestación subjetiva “Autodesagrado” en las Mujeres Adolescentes del programa de Nivelación Educativa Redes. Julio-Diciembre/2010.



Fuente: PIRAJON GARCIA, Mariela. Autora del presente Trabajo de Grado. 2010.

Más de la mitad de la muestra reconoce sentir autodesagrado; aspecto relacionado con un síndrome depresivo, aunque también puede estar relacionado con los cambios propios de la adolescencia, según lo expuesto en la revista Mexicana de educación # 8 La depresión en los adolescentes: “El adolescente tiene muchas contradicciones en todas las manifestaciones de conducta y del pensamiento y sufre de constantes fluctuaciones del estado de ánimo y del humor, y esta en un proceso de adaptación a cambios físicos, intelectuales, sociales y emocionales.”

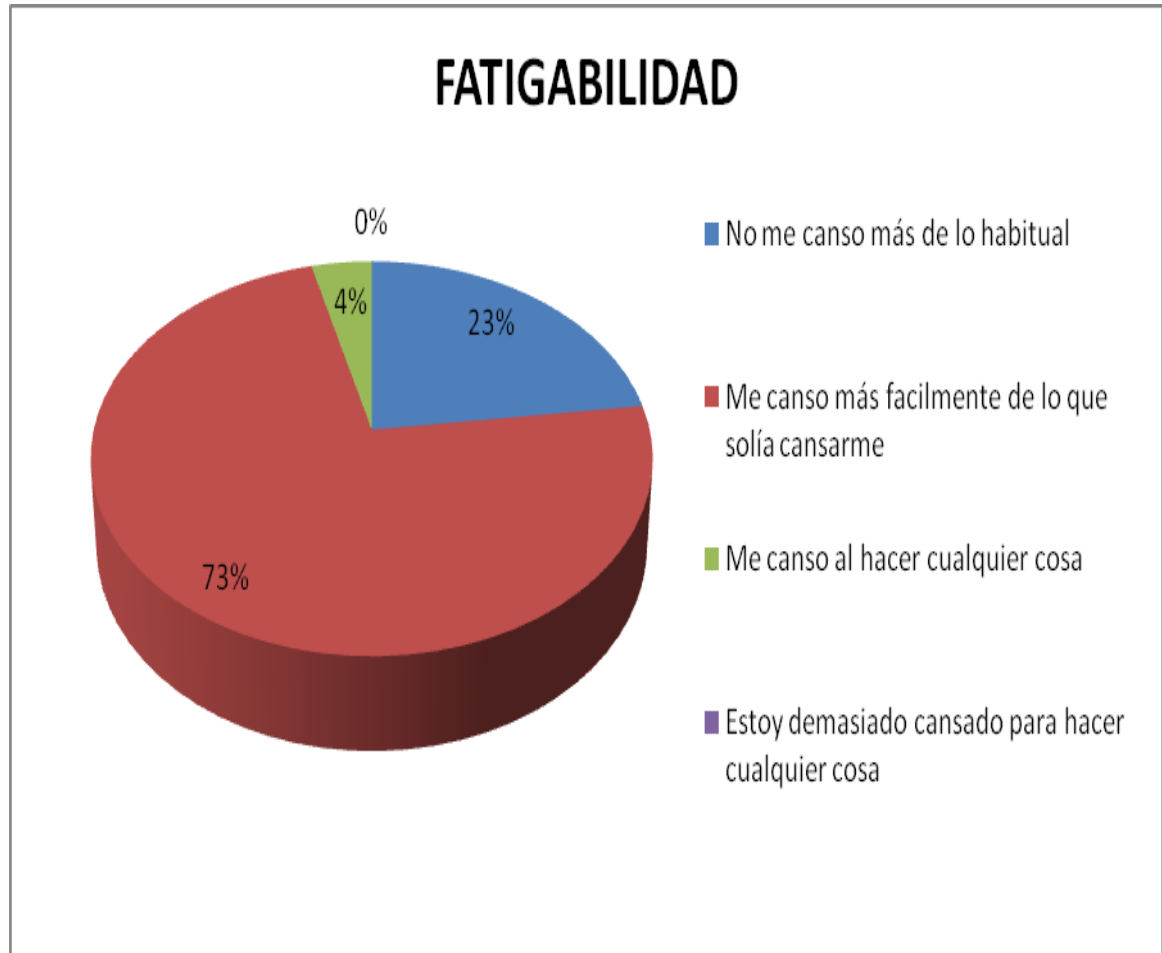
Grafico 14. Manifestación subjetiva “Preocupación somática” en las Mujeres Adolescentes del programa de Nivelación Educativa Redes. Julio-Diciembre/2010.



Fuente: PIRAJON GARCIA, Mariela. Autora del presente Trabajo de Grado. 2010.

El 47% de la muestra reconoce “No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual, mientras el otro 54% reconoce sentir preocupación somática, lo cual está relacionado con lo expresado por el médico Psicopatólogo Bernad citado anteriormente, quien manifiesta que “En los adolescentes mayores, es muy frecuente que se presenten somatizaciones en los casos que se presente un síndrome depresivo, como episodios de bulimia, la anorexia y síntomas de gastritis”.

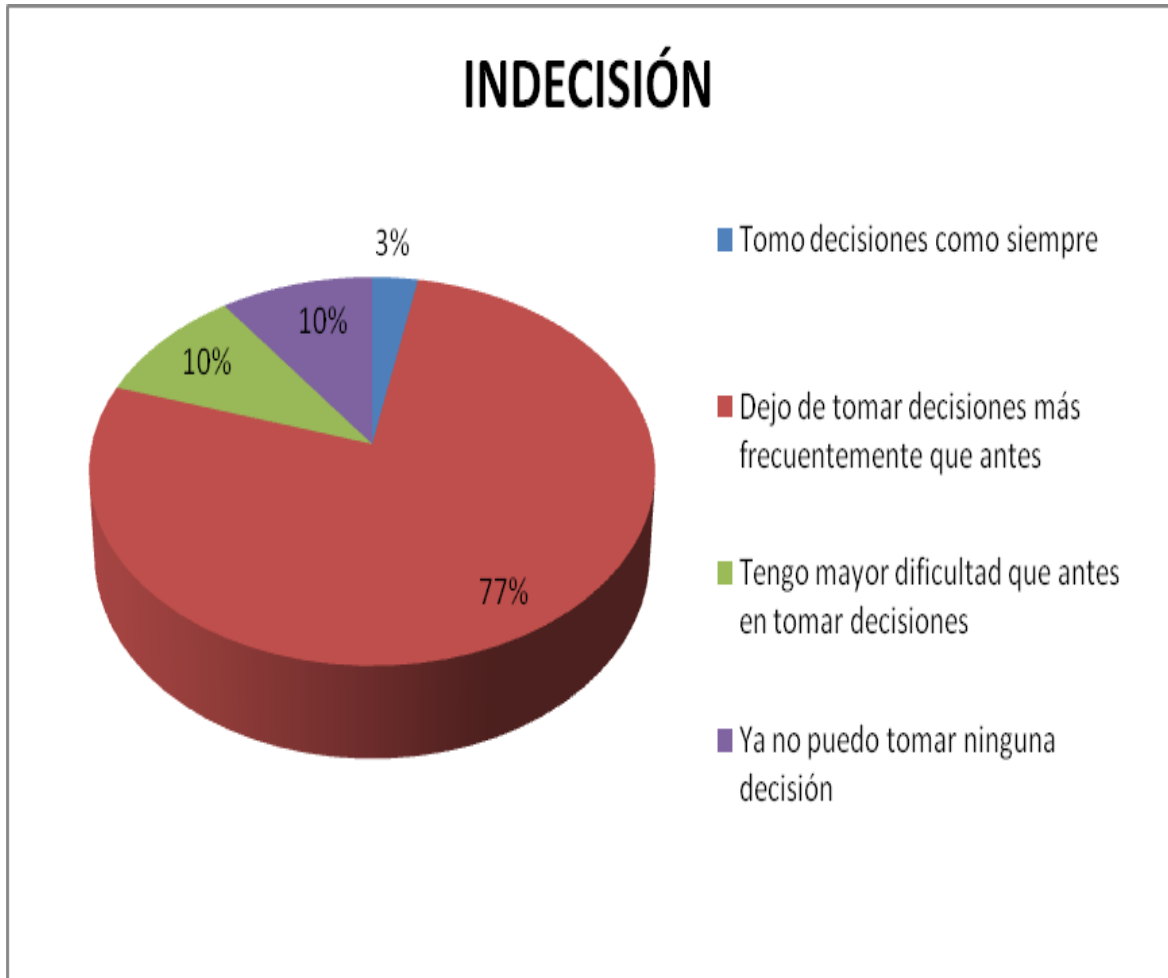
Grafico 15. Manifestación subjetiva “Fatigabilidad” en las Mujeres Adolescentes del programa de Nivelación Educativa Redes. Julio-Diciembre/2010.



Fuente: PIRAJON GARCIA, Mariela. Autora del presente Trabajo de Grado. 2010.

Sólo el 23% de la muestra reconoce “No me canso más de lo habitual”, mientras el 77% restante manifiesta: 4% “Me canso al hacer cualquier cosa” y el 73% “Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme”, la mayoría entonces tiene ésta manifestación subjetiva de depresión, lo cual según la clasificación de la depresión del CIE-10: En el episodio depresivo puede presentarse una disminución de la vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y un cansancio exagerado.

Grafico 16. Manifestación subjetiva “Indecisión” en Mujeres Adolescentes del programa de Nivelación Educativa Redes. Julio-Diciembre/2010.



Fuente: PIRAJON GARCIA, Mariela. Autora del presente Trabajo de Grado. 2010.

Sólo el 3% “Toma decisiones como siempre”, mientras el 97% restante ha sufrido algún cambio: 10% “Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones, el 10% “Ya no puede tomar ninguna decisión y el 77% “Deja de tomar decisiones más frecuentemente que antes, resultado que evidencia la presencia de indecisión en estas adolescentes, lo cual de acuerdo al DSM-IV cuando se presenta un estado de ánimo depresivo los pacientes tienen dificultad para concentrarse o para tomar decisiones.

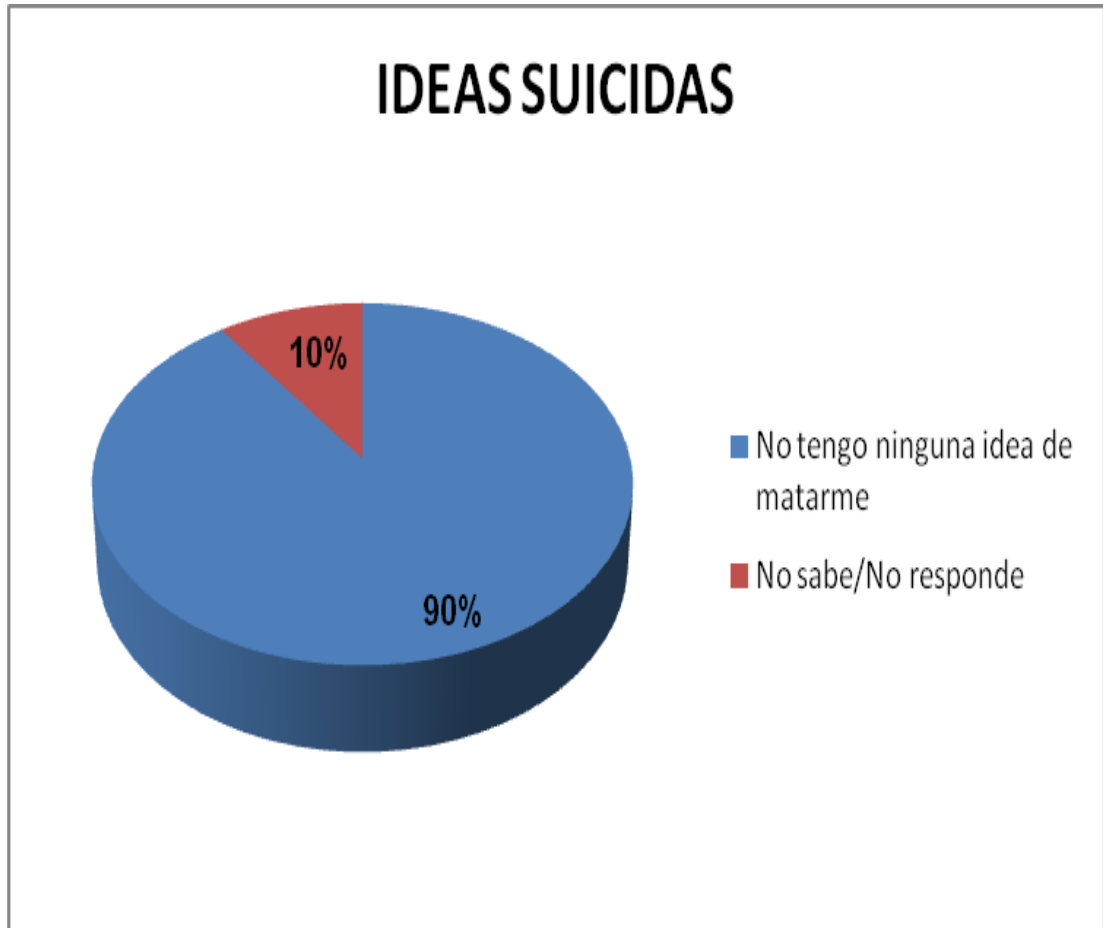
Grafico 17. Manifestación subjetiva “Irritabilidad” en las Mujeres Adolescentes del programa de Nivelación Educativa Redes. Julio-Diciembre/2010.



Fuente: PIRAJON GARCIA, Mariela. Autora del presente Trabajo de Grado. 2010.

En cuanto a la irritabilidad el 87% de las adolescentes refirió: “Me Enojo o me Irrito Más Fácilmente Ahora que Antes”. el 7% Se siente irritada todo el tiempo, el 3% No se irrita para nada con las cosas que solían irritarse, el 3% No se irrita más ahora que antes. Lo cual, de acuerdo a lo manifestado por el autor Bueno J.A. en el tratamiento farmacológico de los trastornos afectivos, citado anteriormente menciona la depresión desde el punto de vista médico como un conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva en donde “la irritabilidad puede limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida y que se puede observar como estos cambios van creciendo y afectando cada vez más áreas de la vida del paciente, de modo silencioso y progresivo.”

Grafico 18. Manifestación subjetiva “Ideas Suicidas” en las Mujeres Adolescentes del programa de Nivelación Educativa Redes. Julio-Diciembre/2010.



Fuente: PIRAJON GARCIA, Mariela. Autora del presente Trabajo de Grado. 2010.

En relación a ideas suicidas, el 90% de las Participantes en el estudio manifestaron: “No Tengo Ninguna Idea de Matarme”, y un 10% “No Sabe/no responde”. Considerando los resultados anteriores, éste resulta tranquilizante; sin embargo queda inquietud con éste 10% de jóvenes que “no sabe/no responde”,

Grafico 19. Manifestación subjetiva “Expectativas de Castigo” en Mujeres Adolescentes del programa de Nivelación Educativa Redes. Julio-Diciembre/2010.



Fuente: PIRAJON GARCIA, Mariela. Autora del presente Trabajo de Grado. 2010.

El 30% manifiesta “No siento que esté siendo castigado, mientras el 70% de las adolescentes tienen ésta manifestación subjetiva de depresión, lo cual puede estar relacionado con lo descrito por Hipócrates quien estableció asociación entre la ansiedad y la depresión, pues describió que los pacientes con miedos están predispuestos a la depresión.

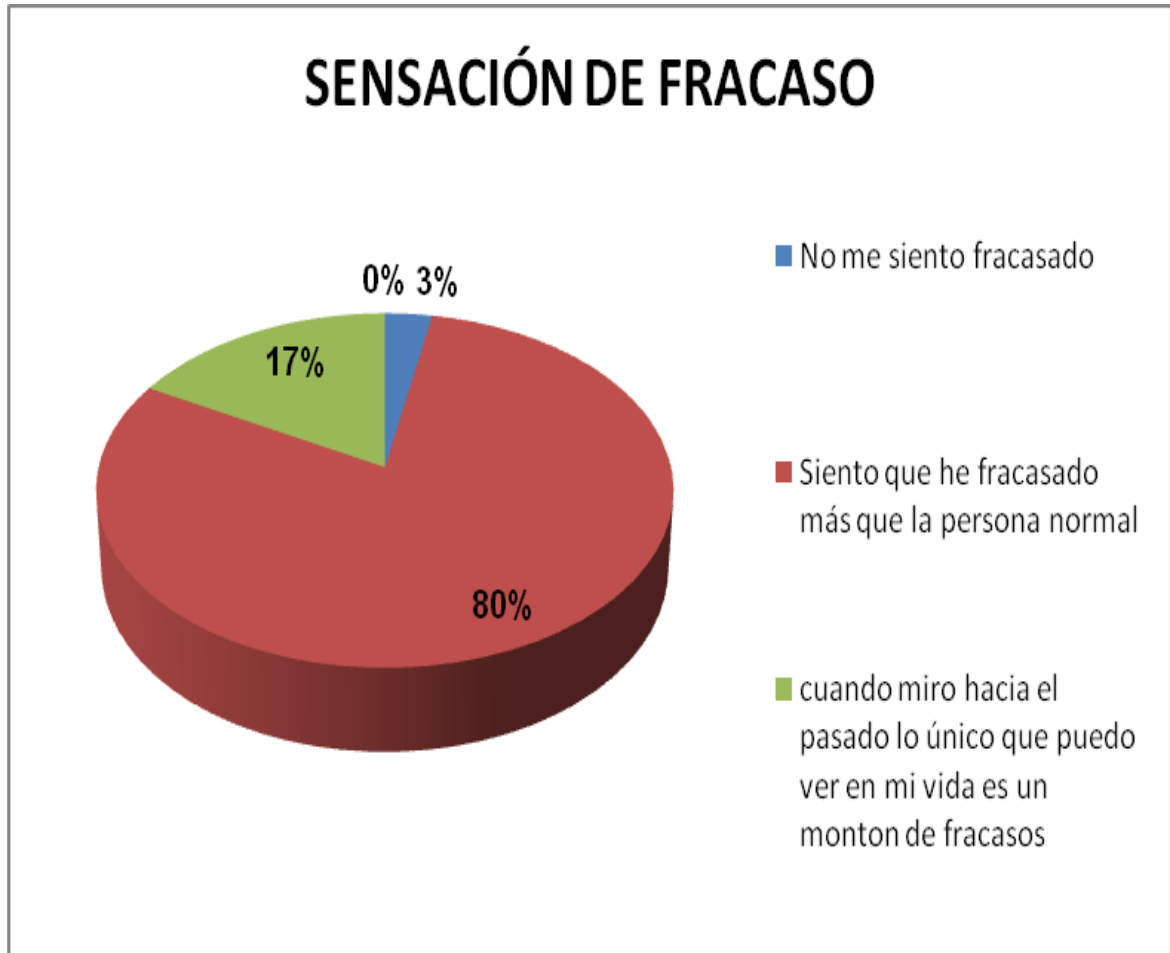
Grafico 20. Manifestación subjetiva “Insatisfacción” en las Mujeres Adolescentes del programa de Nivelación Educativa Redes. Julio-Diciembre/2010.



Fuente: PIRAJON GARCIA, Mariela. Autora del presente Trabajo de Grado. 2010.

El 100% tiene ésta manifestación subjetiva de depresión, lo cual de acuerdo al DSM-IV corresponde a un síntoma de depresión en donde se presenta disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día o casi cada día, según refiere el propio sujeto o lo observado por los demás.

Grafico 21. Manifestación subjetiva “Sensación de Fracaso” en las Mujeres Adolescentes del programa de Nivelación Educativa Redes. Julio-Diciembre/2010.



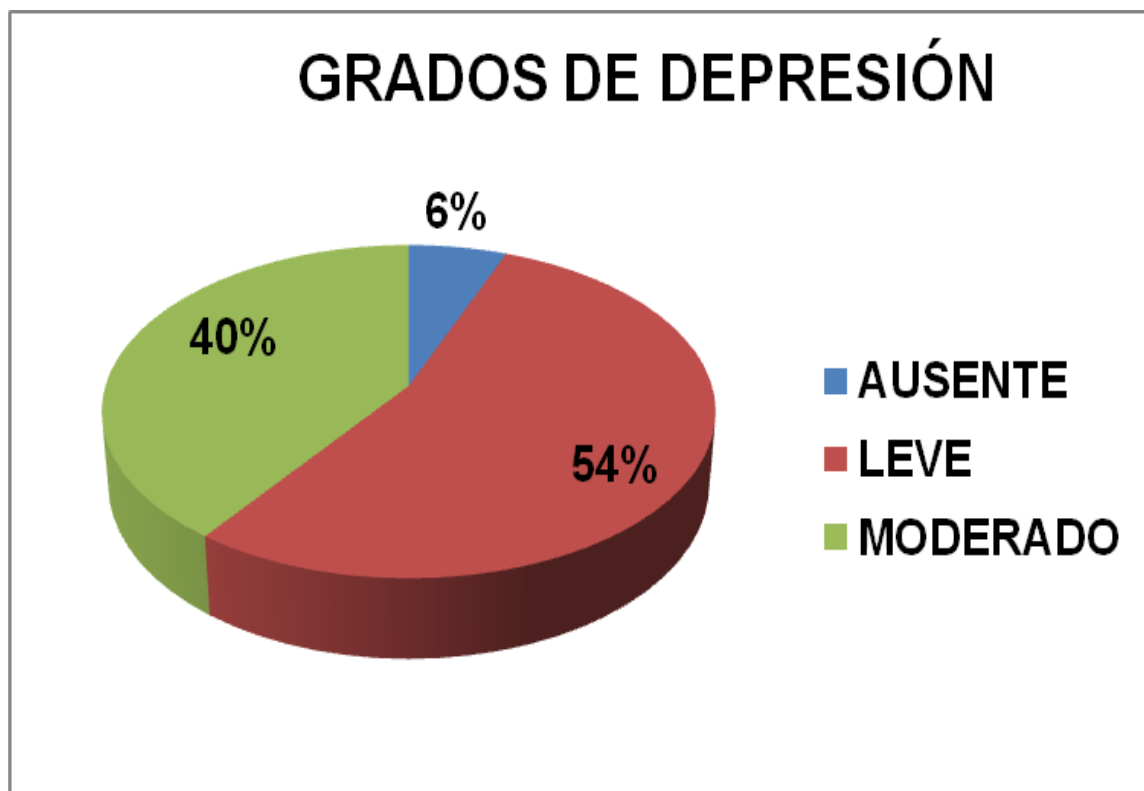
Fuente: PIRAJON GARCIA, Mariela. Autora del presente Trabajo de Grado. 2010.

Sólo el 3% de la muestra “No se siente fracasado”, mientras que el 97% reconoce ésta manifestación subjetiva. Estos resultados indican que la mayoría de las mujeres sienten que su vida está fracasando posiblemente a consecuencia de todo lo que implica el desplazamiento, que concuerda con lo expresado por el autor Segal, quien dice que el desplazamiento lleva a que éstas personas tengan un grado leve de Depresión que no permite a quien la padece, sentir sensaciones o generar pensamientos de éxito y logros en la vida. Es allí cuando se compara el paciente y él mismo realiza comparaciones con otras personas, con la tendencia de determinar que los demás han hecho más o mejores cosas que él, o han alcanzado más que él, sin prestar importancia a sus propios logros o alcances.⁶⁰

⁶⁰ SEGAL, H. La Posición Depresiva. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1964.

➔ Grados de Depresión

Grafico 22. Grados de Depresión presentes en las Mujeres Adolescentes entre 12 y 18 años, que han sufrido desplazamiento forzado y asisten al programa de Nivelación Educativa Redes, Julio-Diciembre/2010.



Fuente: PIRAJON GARCIA, Mariela. Autora del presente Trabajo de Grado. 2010.

No se identificó grado de depresión grave. Sin embargo el 94% presenta depresión entre leve y moderada.

La depresión leve, según Beck, se caracteriza por “Una tristeza permanente, no fuerte ni dominante sobre el estado de ánimo, disminuyendo su estado de ánimo y motivación para hacer las cosas que antes disfrutaba, las expectativas frente al futuro y lo que sucederá en determinados espacios, campos y áreas de sus vidas no suelen ser las más optimistas, si bien no son fatalistas o del todo oscuras, no se presenta un entusiasmo vivo, enardecido y motivado por logros y el alcance de metas y objetivos ambiciosos, ni sentir sensaciones o generar pensamientos de éxito y logros en la vida. Es allí cuando se compara el paciente y él mismo realiza comparaciones con otras personas, con la tendencia de determinar que los demás han hecho más o mejores cosas que él, o han alcanzado más que él, sin prestar importancia a sus propios logros o alcances.

De la misma forma, la insatisfacción junto con la culpa representan un elemento a tener en cuenta en la depresión Leve que padecen estas Adolescentes; adicionalmente, los sentimientos que se expresan hacia los demás como la ira, la rabia, el aislamiento o el culparse no solo a sí mismo sino a los demás, es permanente y recurrente, ya que de algún modo se desea expresar y exteriorizar todos los sentimientos confusos que se sienten. Además en una depresión leve, otro criterio a tener en cuenta es el relacionado con la imagen externa de las personas, así como de las actividades personales. En este punto, se relacionan aquellos factores que determinan el auto cuidado físico, la alimentación, el nivel y calidad de sueño, así como intereses físicos como el sexo o la preocupación por determinados asuntos.

Si bien la depresión leve no representa desde el punto de vista del estudio de Beck, un cuadro alarmante ni de alerta roja para el tratamiento psicológico, resulta ser el punto más álgido y de más cuidado, ya que puede ser un avanzado nivel para pasar a una depresión moderada o severa si no se atienden efectivamente los problemas que causaron la depresión leve.⁶¹

Por otra parte el 40% que presento un grado de Depresión Moderado, según Beck son personas que suelen tener dificultades para desarrollar una adecuada actividad social, laboral o doméstica.

Y según los autores Duque y López la calidad de vida en la población desplazada se ve deteriorada porque muchas de estas familias carecen de medios económicos, de salud y educativos para satisfacer sus necesidades básicas ya que las mujeres Adolescentes del estudio, en su mayoría, tienen que cuidar a sus hermanos menores, realizar los oficios de su casa, o bien salir a realizar ventas ambulantes para ayudar con el sustento de la familia postergando su rol de adolescente y asumen responsabilidades para lo cual no estaban preparadas ocasionando así una insatisfacción en las actividades realizadas, lo cual provoca una relación inadecuada con su entorno.

Relacionando con el marco teórico y las teorías expuestas al respecto de la depresión, es importante mencionar que el 94% de las participantes requieren de asistencia psicológica, ya que como lo menciona Santacruz_ “estas tendencias depresivas pueden ocasionar episodios de estrés y desesperación en el paciente, llevándolo a consumir sustancias nocivas para su salud o que no beneficien su estado de ánimo”⁶².

Los resultados evidencian la necesidad imperiosa de programas de apoyo para el manejo de la depresión, en las etapas tempranas en que éstas jóvenes la padecen.

⁶¹ BECK, A. T.; BROWN, G.; EPSTEIN, N.; y STEER, R. Op. cit. p. 893-7.

⁶² SANTACRUZ, C., GÓMEZ. R, C., POSADA, V. J., & VIRACACHÁ, P. Op. cit.

5. CONCLUSIONES

Se realizó una identificación de las Manifestaciones y el Grado de Depresión que presentaron Mujeres Adolescentes entre 14 y 18 años en situación de desplazamiento, en la localidad Ciudad Bolívar, que asistieron al Programa de Nivelación Educativa Redes, que comprendió los Barrios, Caracolí, Santa Viviana y la Isla, en el periodo de julio a Diciembre de 2010.

1. En relación a la caracterización de la población la mayor parte de las participantes (53%) tiene entre 14 y 16 años, el 100% son procedentes de diferentes ciudades del país; en cuanto a la conformación del hogar sólo el 46% conforman una familia nuclear, el 47% viven en hogar monoparental. Con respecto al uso del tiempo libre el 13% de las participantes se dedican a ventas libres y el 30% no sabe no responde.
2. De acuerdo al inventario de Beck aplicado en las adolescentes, se encontró manifestaciones de depresión siendo las más frecuentes las siguientes:

Manifestaciones objetivas: Separación social, llanto, insomnio, Pérdida de Peso y retardo laboral; presentes en más del 60% de la muestra.

Manifestaciones subjetivas: Tristeza, Irritabilidad, Insatisfacción, Sensación de fracaso, Pesimismo, Indecisión, fatigabilidad y autoacusaciones; presentes en más del 73% de la muestra.

3. Dichas manifestaciones en su conjunto se traducen en grados de depresión identificados así: 54% depresión Leve, seguida de un 40% que presentó depresión Moderada. El 6% restante no presentó depresión.

Lo anterior evidencia la necesidad e importancia de presentar estos resultados al coordinador del programa de Vidas Móviles de Ciudad Bolívar, para establecer la intervención requerida para las adolescentes identificadas con grado leve o moderado de depresión.

4. En relación a la manifestaciones de depresión fue mayor la frecuencia de las manifestaciones subjetivas (en su mayoría superior a 73%) que de las objetivas (la mayoría superior al 59%); resultado que deberá orientar la intervención terapéutica a realizar.

6. RECOMENDACIONES

Prestar particular atención a la Depresión en adolescentes, pues la detección temprana y su abordaje, son determinantes para su desarrollo y calidad de vida.

Esto, debe trascender a las altas esferas Públicas y Gubernamentales, las cuales pueden y deben atender de manera directa esta realidad, que se potencia con el desplazamiento., producto del conflicto armado del país.

Por otra parte debe crearse programas de carácter social, el cual sea dirigido puntualmente por Enfermería en la Promoción de la Salud Mental y la Prevención de la Depresión, pues Enfermería conjuntamente con Psicología, tienen un gran campo de acción, para que se tomen acciones con respecto a contribuciones y programas que beneficien a población vulnerable como la que participó en ésta investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUIRRE, María. La Depresión Afecta al Triple de Mujeres que a hombres 2009.
- ARAGONÈS, Enric. Improving the role of nursing in the treatment of depression in primary care in Spain. *Psychiatric care*. Vol. 44. Nº 4. October 2008.
- ARIAS CASTILLO, Liliana. Ministerio de Salud Interacción Humana, Integralidad y Ciclos Vitales. Mayo de 1991. [en línea]. Disponible en Internet en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v23n2/v23n2a15.pdf>. Consultado en: Abril de 2011.
- BBC Ciencia. La Depresión una Crisis Global. [en línea]. Disponible en Internet en: http://www.bbc.co.uk/mundo/ciencia_tecnologia/2009/09/090902_depresion_oms_men.shtml. Consultado en: Marzo de 2011.
- BECK, A. T.; BROWN, G.; EPSTEIN, N., y STEER, R. A. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1.988. Vol. 56. p. 893-7.
- BERNAD, C. Psicopatología del adolescente. En H. Montenegro & H. Guajardo (Eds), *Psiquiatría del niño y del adolescente* (pp. 357-365). Santiago de Chile: Mediterráneo. 2000.
- Boletín sobre “Niños desplazados” editado por Codhes el 25 de octubre de 1997.
- CASSANO, P.; FAVA, M. Depression and public health: An overview. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002. Vol. 53. p. 849-857.
- DAACD - Departamento Administrativo de Acción Comunal. Situación socioeconómica de la juventud en Bogotá 2000 – 2001. Bogotá: Departamento. 2003. Administrativo de Acción Comunal Distrital (DAACD).
- Depresión.org. Artículos. Causas de la Depresión. [en línea]. Disponible en Internet en: <http://www.depression.org/articulos/articulo.php?id=13>. Consultado en: Abril de 2011.
- DICLEMENTE, R.; HANSEN, W.; PONTON, L. Adolescents at risk. En: R. Diclemente (Ed.), *Handbook of adolescent health risk behaviour*. London: Plenum Press. 1996.
- DUQUE, H.; LÓPEZ, A. Mujeres en situación de desplazamiento, reinventando una nueva vida en la ciudad: Una Experiencia De Educación Popular. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. 1994.

DYKE, Henry. Síntomas de Depresión. [en línea]. Disponible en Internet en: <http://www.gabineteam.com/S%C3%ADntomas%20de%20la%20Depresi%C3%B3n%20DSM-IV.htm>. Consultado en: Abril de 2011.

Elespectador.com. Población Desplazada en Colombia alcanza los 4,3 millones de personas. [en línea]. Disponible en Internet en: www.elespectador.com/articulo138808-poblacion-desplazada-colombia.

Elpais.com. [en línea]. Disponible en Internet en: [www.elpais.com](http://www.elpais.com/articulo/sociedad/organizacion_mundial_de_la_salud/_oms/poblacion/mundial/sufre/depresion/elpepisoc/19771127elpepisoc_7/tes/) disponible en: http://www.elpais.com/articulo/sociedad/organizacion_mundial_de_la_salud/_oms/poblacion/mundial/sufre/depresion/elpepisoc/19771127elpepisoc_7/tes/. Consultado en: Marzo de 2011.

Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias psicoactivas. Colombia. 1993.

FORERO, Edgar. El Desplazamiento Interno Forzado. septiembre 2003. [en línea]. Disponible en Internet en: http://www.ideaspaz.org/eventos/download/edgar_forero.pdf. Consultado en: Marzo de 2011.

GALDÓ MUÑOZ, Gabriel. Atención al adolescente. Capítulo 23: La depresión en la adolescencia. PREGO, Roque; PAYÁ, Beatriz. P. 277 – 290. Universidad de Cantabria, España. 2.008.

GARCÍA-RESA, E.; BRAQUEHAIS, D.; BLASCO, H., et al. Aspectos sociodemográficos de los intentos de suicidio. Actas Esp Psiquiatr. 1997.

GÓMEZ, C., et al. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. Rev Panam Salud Pública. 2004. Vol. 16. p. 378–86.

GÓMEZ, C.; RODRÍGUEZ, N. Factores de Riesgo Asociados al Síndrome Depresivo en la Población Colombiana. Revista Colombiana de Psiquiatría. 1997. Vol. 26. N° 1. p. 23-35.

GÓMEZ-RESTREPO, Carlos. Psiquiatría clínica diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos editorial medica panamericana. Fecha de pub. 2008.

IBÁÑEZ, Ana María. Cómo el Desplazamiento Forzado Deteriora el Bienestar de los Hogares Desplazados?: análisis y determinantes del bienestar en los municipios de recepción*documento cede 2006-26issn 1657-7191 (edición electrónica) julio de 2006. [en línea]. Disponible en Internet en:

http://terranova.uniandes.edu.co/centrodoc/docs/condsocioecon/deterioro_bienestar_hogares.pdf. Consultado en: Abril de 2011.

INSEL, Thomas R. Circuitos defectuosos, Investigación y Ciencia, 404, junio de 2010. p. 25.

MACKINNON, R. A. Psiquiatría Clínica Aplicada. Editorial interamericana. México. 1973.

Medcenter.org. Fisiopatología, epidemiología y clínica de la depresión. [en línea]. Disponible en Internet en: <http://www.medcenter.com/medscape/content.aspx?id=8106&langtype=1034>. Consultado en: Abril de 2011.

MERCK & CO., Inc., Whitehouse Station, NJ, EUA y Schering-Plough Corporation, Kenilworth, NJ, EUA. En el sitio web: <http://www.msd.com/nm/cl/>. Última consulta, Septiembre 3 de 2010.

MINISTERIO DE SALUD. Resolución Número 02358 de 1998, por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Bogotá: Ministerio de Salud. 1998

MOGOLLÓN PÉREZ, Amparo Susana. Opinión de las Mujeres Desplazadas sobre la Repercusión en su Salud del Desplazamiento Forzado. gac sanit. Vol. 20. Nº 4 Barcelona July/Aug. 2006.

MORATALLA, Beatriz. ¿Dónde se encuentra la prevención y promoción de la salud mental en el momento actual? Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2007. p. 359.

NAZROO y cols. Gender Differences in the Prevalence of Depression Alternative Disorders, Biology or Roles Socialogy.

OMS. Salud y desarrollo del niño y del adolescente.

Organización de las Naciones Unidas. documento E/CN.4/1992/23.

Organización Mundial de la Salud. Programas y Proyectos. Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente. [en línea]. Disponible en Internet en: http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/adolescent/es. Consultado en: Mayo de 2011.

PARDO, Graciela; SANDOVAL, Adriana. Adolescencia y depresión. Universidad Nacional de Colombia. Revista Colombiana de Psicología, 2.004. No 13. p. 13 – 28.

PICOTEA. 1998. Vol. 10. Nº 2. p. 303-318.

PINILLA, Maribel. Cambios en las Condiciones, Trayectorias y Proyectos de vida de las y los jóvenes en situación de desplazamiento asentados en Bogotá. 2010. Psicomed.net. CIE-10. [en línea]. Disponible en Internet en: http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/cie_10/cie10_pre.html. Consultado en: Marzo de 2011.

Revista Colombiana de Psiquiatría, Año/Vol XXXV, Numero 001. [en línea]. Disponible en Internet en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/artpdfred.jsp?icve=80635102>. Consultado en: Marzo de 2011.

RIVEROS VARGAS, Mónica; BOHÓRQUEZ PEÑARANDA, Adriana. Conocimiento sobre la depresión en pacientes que asisten a centro de Atención primaria en Bogotá, Colombia. Resultados colombianos del Proyecto Internacional de depresión. p. 4

RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, Alfonso. Adolescencia y depresión. Un abordaje Multifocal. Rodríguez Martínez Alfonso. Editorial Masson, 1.992. p. 90 – 101.

Salud y Desplazamiento. [en línea]. Disponible en Internet en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/mandela/2antecedentes.htm>. Consultado en: Abril de 2011.

SANTACRUZ, C.; GÓMEZ. R. C.; POSADA, V. J.; VIRACACHÁ, P. A propósito de un análisis secundario de la encuesta nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Bogotá: Ministerio de Salud-Pontificia Universidad Javeriana. 1995.

SANTOS, A.; BERNAL, G.; BONILLA, J. Eventos estresantes de vida y su relación con la Sintomatología Depresiva. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana. 1998. Vol. 16. p. 121–132.

SEGAL, H. La Posición Depresiva. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1964.

Tipos de depresión. [en línea]. Disponible en Internet en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-lo-que-toda-mujer-debe-saber/tipos-de-depresi-n.shtml>. Consultado en: Mayo de 2011.

VALERO, Mercedes. Manual de Competencias de la Enfermera en Salud Mental. Unidad de Salud Mental Infante Juvenil. Cadiz, España. 2004. www.disaster-info.net/desplazados/.../2antecedentes.htm.

ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS PARA ESTUDIO DE DEPRESIÓN EN MUJERES ADOLESCENTES ENTRE 12 Y 18 AÑOS DE EDAD QUE HAN SUFRIDO DESPLAZAMIENTO FORZADO

La información obtenida se maneja de manera confidencial. Gracias por su participación.

1. **Nombre:** _____

2. **Edad** 3. **Ciudad de origen** _____

4. **Número de Hermanos**

5. **Escolaridad**

Sabe leer: Si No

Sabe escribir: Si No

6. **Conformación del Hogar**

Papá y Mamá

Papá Sólo

Sólo Mamá

Abuelos

Otros

7. **Uso del tiempo libre:**

ANEXO 2. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Elija una de las cuatro opciones marcando con una x acerca de cómo se ha sentido en “la última semana incluyendo el día de hoy”.

1) **tristeza**

- no me siento triste.
- me siento triste.
- me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
- me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2) **pesimismo**

- no estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
- me siento desanimado con respecto al futuro.
- siento que no puedo esperar nada del futuro.
- siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3) **sensación de fracaso**

- no me siento fracasado.
- siento que he fracasado más que la persona normal.
- cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
- siento que como persona soy un fracaso completo.

4) **insatisfacción**

- sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
- no disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- ya nada me satisface realmente.
- todo me aburre o me desagrada.

5) **culpa**

- no siento ninguna culpa particular.
- me siento culpable buena parte del tiempo.
- me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- me siento culpable todo el tiempo.

6) **Expectativas de castigo**

- no siento que esté siendo castigado.
- siento que puedo estar siendo castigado.
- espero ser castigado.
- siento que estoy siendo castigado.

7) **Autodesagrado**

- no me siento decepcionado en mí mismo.
- estoy decepcionado conmigo.
- estoy harto de mí mismo. me odio a mí mismo.

8) **Autoacusaciones**

- no me siento peor que otros.
- me critico por mis debilidades o errores.
- me culpo todo el tiempo por mis faltas.
- me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9) Ideas suicidas

- no tengo ninguna idea de matarme.
- tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
- me gustaría matarme.
- me mataría si tuviera la oportunidad.

10) Llanto

- no lloro más de lo habitual.
- lloro más que antes.
- ahora lloro todo el tiempo.
- antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11) Irritabilidad

- no me irrito más ahora que antes.
- me enoja o irrito más fácilmente ahora que antes.
- me siento irritado todo el tiempo.
- no me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12) Separación social

- no he perdido interés en otras personas.
- estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- he perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- he perdido todo interés en los demás.

13) indecisión

- tomo decisiones como siempre.
- dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- ya no puedo tomar ninguna decisión.

14) cambios en la imagen corporal

- no creo que me vea peor que antes.
- me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
- siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).
- creo que me veo horrible.

15) retardo laboral

- puedo trabajar tan bien como antes.
- me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- no puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16) insomnio

- puedo dormir tan bien como antes.
- no duermo tan bien como antes.
- me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormir

17) fatigabilidad

- no me canso más de lo habitual.
- me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.

- me canso al hacer cualquier cosa.
- estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18) anorexia

- mi apetito no ha variado.
- mi apetito no es tan bueno como antes.
- mi apetito es mucho peor que antes.
- ya no tengo nada de apetito.

19) pérdida de peso

- últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- he perdido más de 2 kilos.
- he perdido más de 4 kilos.
- he perdido más de 6 kilos.

20) preocupación somática

- no estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.
- estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21) pérdida de libido

- no he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
- estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
- estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
he perdido por completo mi interés por el sexo.