

**Síntomas Depresivos en Madres de Familia en Situación de Desplazamiento
del Barrio Boulevard de la Rosa de la ciudad de Santa Marta.**

Desde la perspectiva de Aaron Beck

Chacon Sáenz, M & Humanez Coronado, M

Angélica Peña Cabarcas

Asesor Temático

Universidad del Magdalena

Facultad de Ciencias de la Salud

Programa de Psicología

Santa Marta, D.T.C.H.

2008

Síntomas Depresivos en Madres de Familia en Situación de Desplazamiento del Barrio Boulevard de la Rosa de la Ciudad de Santa Marta.

Desde la Perspectiva de Aarón Beck

Resumen

El presente estudio se realizó en el Barrio Boulevard de la Rosa de la Ciudad de Santa Marta, para su ejecución las investigadoras utilizaron un estudio de tipo descriptivo basado en la metodología cuantitativa y procesado con el software SPSS 11,5, persiguiendo como objetivo describir los síntomas depresivos presentes en las madres en situación de desplazamiento. La muestra participante estuvo conformada por 50 madres que cumplían la condición de desplazadas a las cuales se les aplicó, previo consentimiento informado el Inventario de Depresión de Beck. Los resultados de la investigación sugieren que en las Madres del Barrio Boulevard de la Rosa de la Ciudad de Santa Marta se encuentran presentes los síntomas depresivos en un Nivel Moderado con un índice del 90 % obtenido a través de la línea de dispersión evaluada. De este modo dada la distribución de las respuestas de cada ítem estadísticamente, se obtuvo como resultado que los sujetos encuestados presentaron bajo estado de ánimo, sentimiento de culpa, poca satisfacción personal, autocrítica negativa, desánimo, irritabilidad, autonomía afectada, sueño y vigilia alterado, estado físico poco eficiente, peso corporal en disminución, asociados todos estos factores depresivos a los conflictos de desplazamiento, comprendido como un cambio situacional, el cual de acuerdo a la teoría de Aarón Beck se entiende como una de las causas de la depresión (Castelli 1998), generando síntomas depresivos a nivel cognitivo, afectivo, conductual, motivacional, y fisiológico; por lo que se sugiere a partir de la experiencia de

este estudio y de los resultados concluidos la búsqueda de alternativas y soluciones a través de la promoción y prevención, orientación y tratamiento permanente de la depresión y sus síntomas, valorándose mas el componente psicológico en los sujetos que han vivido el desplazamiento forzoso ante la aparición de los síntomas depresivos y su posible prolongación en el estado emocional de los mismos.

Palabras Clave: Depresión, Síntomas depresivos, Desplazamiento, Cognición.

**Depressive symptoms in Mothers of Family in Situation of Displacement of the
Neighborhood Boulevard of the Rosa of Santa Marta's City.**

From Aaron's Perspective Beck

Summary

The present study one carries out in the Neighborhood Boulevard of the Rosa of Santa Marta's City, for their execution the investigators used a study of descriptive type based on the quantitative methodology and processed with the software SPSS 11,5, pursuing as objective to describe the symptoms depressive present in the mothers in displacement situation. The participant sample was conformed by 50 mothers that completed the condition of having displaced which are applied, previous informed consent the Inventory of Depression of Beck. The results of the investigation suggest that in the Mothers of the Neighborhood Boulevard of the Rosa of Santa Marta's City is present the depressive symptoms in a Moderate Level with an index of 90% obtained through the line of evaluated dispersion. This way given the distribution of the answers of each article statistically, was obtained as a result that the interviewed fellows presented under state of I encourage, blame feeling, little personal satisfaction, negative self-criticism, I discourage, irritability, affected autonomy, I dream and altered vigil, not very efficient physical state, I weigh corporal in decrease, associates all these depressive factors to the displacement conflicts, understood as a situational change, which according to Aaron's theory Beck understands each other like one of the causes of the depression (Castelli 1998), generating depressive symptoms at level cognitive, affective, behavioral, motivational, and physiologic; for what is suggested starting from the experience of this study and of the

concluded results the search of alternative and solutions through the promotion and prevention, orientation and permanent treatment of the depression and their symptoms, being valued but the psychological component in the fellows that have lived the mandatory displacement before the appearance of the depressive symptoms and their possible continuation in the emotional state of the same ones.

Words Key: Depression, depressive Symptoms, Displacement, Knowledge.

NOTA DE ACEPTACION

Firma del Presidente Del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Santa Marta, 08 de abril de 2008

A mis padres Amparo y Roberto, por su amor y apoyo incondicional en la realización de mis estudios.

A mis hermanos, por haberme apoyado en esta meta.

MARLYS CHACON

Dedico éste trabajo primero a DIOS, a mi familia. A mis padres Juana y Alfonso.

A mis tías Inés, Doris, Julia, Antía y a mis hermanos que me han dado el apoyo y la orientación para alcanzar este Logro en mi vida.

MONICA HUMANEZ

AGRADECIMIENTOS

A la docente Angélica Peña Cabarcas, Especialista en Psicología Clínica, por habernos brindado su tiempo y conocimiento en la realización de esta investigación.

A la docente Luz Dary Gallardo, Especialista en Psicología social, por su Dedicación, y gran aporte de sus conocimientos en el proceso de este estudio.

A la coordinadora del programa familias en acción, Doctora patricia López por apoyarnos en la realización de este trabajo.

A la s madres del barrio boulevard de la rosa, en especial a la señora Luz Marina Maceta, madre líder de esta población por habernos permitido trabajar en el desarrollo de este logro académico.

A todos los docentes que en el transcurso de nuestra carrera aportaron a nuestra formación profesional para la culminación de esta nueva meta

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 14

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 16

JUSTIFICACIÓN 24

OBJETIVOS 31

Objetivo General 31

Objetivos Específicos 31

MARCO TEORICO 33

Generalidades de la Depresión 33

Modelo Cognitivo de la Depresión 37

Objetivos Terapéuticos para el Tratamiento de la Depresión 40

Abordaje de algunos síntomas objetivos de la depresión 40

Cuestionarios de Evaluación de la Depresión 42

El Fenómeno del desplazamiento Forzado 43

Implicaciones Jurídicas, Políticas y Sociales del Desplazamiento 45

Depresión, Desplazamiento y Mujer 46

DISEÑO METODOLÓGICO 54

TIPO DE INVESTIGACIÓN 54

Definición de Variables 55

Población y Muestra 56

Procedimiento 57

Instrumento 58

RESULTADOS 59

INTERPRETACIÓN 78

CONCLUSIONES 87

RECOMENDACIONES 89

BIBLIOGRAFÍA 91

ANEXOS 94

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS

TABLA No 1: Distribución Por Edad.	59
TABLA No 2: Distribución por Estado de ánimo (síntoma afectivo)	60
TABLA No 3: Distribución por Sensación de Fracaso (síntoma afectivo)	60
TABLA No 4: Distribución por sentimiento de culpa (síntoma afectivo)	61
TABLA No 5: Distribución por autocompasión (síntoma afectivo)	62
TABLA No 6: Distribución por Llanto (síntoma afectivo)	62
TABLA No 7: Distribución por irritabilidad (síntoma afectivo)	63
TABLA No 8: Distribución por imagen corporal (síntoma afectivo)	64
TABLA No 9: Distribución por insatisfacción (síntoma motivacional)	65
TABLA No 10: Distribución por aislamiento (síntoma motivacional)	65
TABLA No 11: Distribución por fatigabilidad (síntoma motivacional).	66
TABLA No 12: Distribución por rendimiento laboral (Síntoma motivacional)	67
TABLA No 13: Distribución por pesimismo (síntoma cognitivo)	68
TABLA No 14: Distribución por autocrítica (síntoma cognitivo)	68
TABLA No 15: Distribución por sensación de castigo (síntoma cognitivo)	69
TABLA No 16: Distribución por indecisión (síntoma cognitivo)	70
TABLA No 17: Distribución por preocupación somática (Síntoma Cognitivo)	70
TABLA No 18: Distribución por conducta o ideación suicida (Síntoma conductual)	71
TABLA No 19: Distribución por trastornos del sueño (síntoma fisiológico)	72
TABLA No 20: Distribución por apetito (síntoma fisiológico)	72
TABLA No 21: Distribución por pérdida de peso (síntoma fisiológico)	73
TABLA No 22: Distribución por perdida de la energía (Síntoma fisiológico)	74

TABLA No 23: Prevalencia de Síntomas Afectivos 74

TABLA No 24: Prevalencia de Síntomas Motivacionales 75

TABLA No 25: Prevalencia de Síntomas Cognitivos 75

TABLA No 26: Prevalencia de Síntomas Conductuales 75

TABLA No. 27. Prevalencia de Síntomas fisiológicos 76

TABLA No. 28: Distribución por Nivel de Depresión 77

GRÁFICA 1: Dispersión del Nivel de Depresión 77

INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los trastornos mentales más comunes que afectan a 340 millones de personas en el mundo hoy en día. Nadie es inmune a la depresión embiste a personas de todas las clases sociales, de todos los países y de todos los entornos estructurales; es por esto que la Organización Mundial de la Salud predice que en el año 2020 la depresión será el tema principal de enfermedad, para la gente del mundo en vía de desarrollo, y que para entonces la depresión severa será la segunda causa más grande de muerte y discapacidad. (Antonini, 2007).

Es por esto que el equilibrio emocional es de suma importancia para los seres humanos, la intensidad, la calidad y hasta las consecuencias de nuestro comportamiento personal y social se ven afectados por cualquier alteración de los sentimientos y emociones (Navarro, 1990).

Por lo tanto hay acontecimientos en la vida que nos afectan tanto en el momento en que lo vivimos como en el transcurso de está, como lo es el fenómeno de desplazamiento forzado. Este tipo de eventos daña a la mujer y en especial a la madre en todas las áreas de su vida, en lo emocional, en sus relaciones interpersonales, y en lo afectivo, dejando así diferentes efectos en dichas áreas como son *culpa, enojo, aislamiento, fatiga, dolores psicósomáticos, tristeza* entre otras.

Todo esto puede cambiar el rumbo que va tomando la vida de la mujer y como se va sintiendo, ellas se pueden sentir incomodas deprimidas sin saber a ciencia cierta que atribuirse. La depresión puede describirse como un dolor afectivo que se impone contra la voluntad y luego se manifiesta de diferentes maneras, no es simplemente una exacerbación del dolor, sino cuando el dolor es demasiado grande puede convertirse en una depresión.

Esta investigación pretende describir los síntomas de la depresión presentes en la vida de la mujer en situación de desplazamiento forzado. Se realizó bajo los criterios metodológicos de un estudio descriptivo de tipo transaccional, utilizando como variable psicológica los síntomas depresivos descritos por Aarón Beck en el marco de la terapia cognitiva.

Para realizar la recolección de información se utilizó el cuestionario, inventario de la depresión de Beck (IBD), los resultados dan información sobre el nivel de depresión presente en la población objeto de estudio, quienes fueron las 50 madres en situación de desplazamiento del Barrio Boulevard de la Rosa entre las edades de 19-49 años, las cuales presentaron síntomas depresivos en un nivel moderado, además a través del (IBD) se pudieron describir los síntomas depresivos presentes en las mismas. Por tal motivo se sugiere que los resultados de esta investigación sirvan de insumo para la realización de estudios epidemiológicos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según el Consejo Noruego para Refugiados (CNR), el conflicto en Colombia a causado la segunda mayor crisis de desplazados internos después de Sudán, con 3,8 millones de personas sobre un total de 4,1 millones en latino América (El Espectador, 16 de abril de 2007).

Por otra parte, a partir de la información suministrada por funcionarios autorizados de Acción Social (2007), en el Distrito de Santa Marta existen 16.185 familias en situación de desplazamiento, y en el departamento existen 123.987 personas, con un número promedio de 4,5 personas por familia.

El problema del desplazamiento en Colombia ha cambiado la geografía nacional desde la década de los años 90 cuando se hizo más evidente. Se debe recordar que el último censo poblacional en Colombia se realizó en el año 2005, en el cual según la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento CODHES 3'720.428 personas fueron desplazadas forzosamente entre 1985 y 2005 (1'564.463 entre 2001 y 2005). Posterior al cual se ha intensificado la problemática relacionada con el desplazamiento y las migraciones. A nivel mundial el desplazamiento y la migración de personas como resultado de la violencia han crecido y con estos fenómenos ha disminuido la calidad de vida de miles de familias.

La violencia ha traído como consecuencia la desintegración de muchos hogares y la pérdida de muchas vidas, principalmente de hombres jóvenes, lo que ha incrementado el número de mujeres que desde muy temprana edad han debido asumir su papel de cabeza de familia.

El problema del desplazamiento ha adquirido tal gravedad en los departamentos de la Costa que ha llegado a ser calificado por algunos estudiosos como una verdadera “catástrofe humanitaria” (FUPAD, USAID, OIM, 2006).

El CODHES estima, según registros **SUR** (Sistema Único de Registro) y estudios de Econometría, que al 31 de mayo de 2006 la magnitud y el índice de presión urbana en los municipios que integran la Región Caribe (FUPAD, USAID, OIM, 2006) han llegado 542.831 personas desplazadas a los departamentos de la Costa Atlántica, siendo los departamentos de Bolívar y Magdalena, quienes han recibido el mayor número de desplazados. El desplazamiento forzado en la región Caribe representa el 15% del total de los desplazados del país.

En un estudio denominado “Un país que huye” se señala: “De cada 100 hogares desplazados en la Costa Atlántica, 56 dijeron que no poseían tierras en los sitios de expulsión, cifra que contrasta con el porcentaje nacional que es del 35% de hogares desplazados sin tierra (FUPAD, USAID, OIM, 2006). Es decir, en los departamentos del Caribe colombiano una alta proporción de hogares desplazados por violencia está integrado por campesinos humildes, vinculados en su mayoría al trabajo asalariado, quienes sí poseían tierras antes del desplazamiento (44%) eran pequeños propietarios (el mayor porcentaje menos de 20 hectáreas) que abandonaron sus propiedades en el momento del desplazamiento.”

La población desplazada vive un drama en las ciudades de la Costa Caribe en medio de la marginalidad, la miseria y la violación de todos los derechos fundamentales. La forma de sobrevivir de esta población en la costa va desde la prostitución, pasando por la servidumbre, la informalidad y la delincuencia común. El desempleo o el trabajo informal representan la principal fuente de ingresos de la población desplazada en la Costa Atlántica que, como ocurre en otros lugares del país, prefiere quedarse, aún en condiciones de

marginalidad y pobreza en las ciudades, antes que regresar a sus lugares de origen por la persistencia de los factores violentos de expulsión.

Haciendo una revisión y análisis de los datos estadísticos del SUR de Acción Social, de estudios realizados por la Organización Panamericana de la Salud y datos de la Intervención de FUPAD en Colombia durante los años 2001 al 2005, se puede establecer que cerca del 50% de la población desplazada de la Costa Caribe son niños entre los 0 y los 18 años y cerca del 25% son adultos entre 26 y 64 años; más de la mitad de los hogares desplazados tienen jefatura femenina (FUPAD, USAID, OIM, 2006). De igual forma se observa que las tasas de analfabetismo son el triple de las de la población receptora, es decir el índice está por encima del 21%; las condiciones de vivienda y de acceso a los servicios públicos son precarias y las condiciones de hacinamiento críticas; sus viviendas son construidas con materiales de baja calidad y pisos en tierra y tienen un inadecuado manejo de recursos sólidos y líquidos y sus viviendas por lo general no tienen sistema de conexión al alcantarillado generando una gran contaminación fecal. De igual forma se identifica que la cobertura de aseguramiento de la población en situación de desplazamiento es inferior a la receptora.

Se calcula que un tercio de los hogares en el mundo están encabezados por mujeres, con una tendencia al incremento. Muchos de estos hogares han sido fruto de la violencia social y política que, en sus diversas modalidades y manifestaciones, se constituye en un factor determinante en el incremento de hogares con jefatura femenina en razón de la muerte, desaparición o desplazamiento de la pareja (Sistema de información RUT, 2004).

Una de las consecuencias del desplazamiento forzado se relaciona con el papel protagónico que la mujer ha debido asumir en el campo familiar y laboral lo que trae consecuencias indeterminadas en la carga emocional a que se ve abocada, que puede verse reflejado en episodios depresivos.

El desplazamiento forzoso por la violencia es uno de los problemas más crónicos de los muchos que afronta la sociedad colombiana en la actual coyuntura de la vida nacional, es la consecuencia inevitable y directa de la violencia política que es vivenciada por los colombianos desde hace varias décadas, producto de la combinación de distintas estrategias político-militares que están siendo empleadas por los diferentes grupos armados que han convertido a la población civil en blanco de sus acciones. Las amenazas, los bloqueos económicos y los ataques a poblaciones, generan la huida del lugar de residencia habitual de familias o grupos de personas que se han visto forzadas a escapar para evitar los efectos del conflicto armado. Durante el primer semestre del 2005 se registraron en promedio 848 casos diarios de desplazamiento forzoso según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR).

Esta diaria situación se vive en la mayoría de pueblos colombianos y el Departamento del Magdalena no ha estado exento de esta problemática; cifras manejadas por la Red de Solidaridad Social, indican que al 28 de febrero del 2006, fueron recibidas en el Departamento por efecto de los procesos migratorios de los desplazamientos masivos, alrededor de 22.932 hogares. Esta población flotante en especial se ubicó, en asentamiento urbano del Distrito de Santa Marta, agregando ya la de por si difícil situación de la ciudad en materia económica y social.

El desplazamiento produce efectos severos en la vida familiar y en cada uno de los miembros que la componen, atendiendo a su especificidad de género y edad, siendo los mas afectados madres y niños, viéndose obligados a padecer un rápido proceso de desorganización y reorganización que con frecuencia provoca el traslado abrupto de responsabilidades en la búsqueda de supervivencia física y material, generando necesidades emocionales por los efectos psicosociales producidos por el desarraigo y

miedo, así como el duelo por las reiteradas pérdidas del hogar, propiedad, sin recibir atención adecuada (Benavides, 2004).

La magnitud del impacto de la violencia y el desplazamiento trae consecuencias emocionales en los miembros de las familias, que incide en el mantenimiento de la organización de los mismos y en la salud general de los individuos; constituyéndose así el desplazamiento forzoso como una de las mas graves situaciones que está afectando de manera extrema a muchas familias en Colombia, siendo un fenómeno social complejo que genera un problema externo, con dinámicas internas propias que requieren de atención inmediata, considerando que está afectando a todo un núcleo familiar (padre, madre, e hijos), en el que la madre, quizá por su constitución psico-biológica es uno de sus miembros mas vulnerables a experimentar las consecuencias generadas por el desplazamiento, entre ellas se pueden desarrollar características depresivas que ponen en riesgo su estabilidad emocional.

Por todo esto, es necesario abordar esta problemática a partir de la identificación de medios psicológicos que permitan orientar a las madres en el manejo de sus emociones y a si mismo en sus depresiones, constituyendo lo anterior en un elemento esencial para su desarrollo humano y afectivo, pues se sabe que los estados emocionales del sujeto predisponen a un cambio substancial que hace posible que la persona altere su psiquis, precisamente, hacia los estados depresivos.

La mujer, en especial la madre de familia, se ve abocada a actuar para mantener la integración familiar, por lo que se ve afectada por un sin número de variables que influyen en su estabilidad emocional y su salud mental, ya que el impacto generado por el desplazamiento en el aspecto psicológico puede afectar las áreas que conforman la vida de la mujer, como el sentimiento de identidad, las relaciones interpersonales, familiares, sexuales y laborales. (Bass y Davis, 1999).

Según el estudio desarrollado por Merteens y Donny (2001) expone que “las mujeres desplazadas se les podría considerar como víctimas triples, primero, el trauma que le ha producido los hechos violentos (asesinatos del conyugue u otros familiares, quema de casas, violaciones); segundo, la perdida de los bienes de subsistencia (casa, enseres, cultivos, animales, lo que implica su ruptura con los elementos conocidos de su cotidianidad domestica), tercero, el desarraigo social y cultural que sufren al llegar a un medio o ambiente distinto al que están acostumbradas, por lo cual en base a las anteriores referencias es posible establecer a este segmento de la población como altamente vulnerable y proclive al desarrollo de trastornos emocionales, entre los cuales resulta probable las sintomatologías depresivas descritas por Beck (p. 32).

De manera que es posible que esta realidad la estén viviendo las Madres del Barrio Boulevard de la Rosa, ya que el hecho de haber sufrido el desarraigo producido por el desplazamiento forzoso al abandonar sus tierras y salir de su región, ha podido producir en las mismas, sentimientos de impotencia, tristeza, miedo, desanimo, critica, culpa, generando posiblemente así una serie de alteraciones emocionales como la depresión, esto en vista de que las Madres del Barrio Boulevard de la Rosa al igual que el resto de la población en situación de desplazamiento han sufrido un proceso de adaptación ante la difícil situación de ser desplazado, en la que deben afrontar condiciones desfavorables a raíz de la perdidas sufridas y en la que sus necesidades básicas son poco satisfechas debido a la nueva situación económica y la pocas oportunidades laborales, ya que son amas de casa con poca preparación académica. Sin embargo estas se encuentran inscritas en el programa presidencial familias en acción, quien les brinda ayuda económica.

En relación al aspecto psicológico, las mismas tienen la oportunidad de ser atendidas en orientación psicológica, según información del Programa Presidencial Familias en Acción de Acción Social por la entidad Corporación Minuto de Dios en Santa

Marta a cargo de esta función de la cual recibieron asesoría psicológica al declarar su condición de desplazadas por la violencia en el programa, según información suministrada por la madre líder de esta población. Sin embargo no se pudieron obtener datos precisos sobre las madres de esta población y en general que reciben orientación psicológica solo que en la Corporación Minuto de Dios según información suministrada por la misma, el año pasado se atendieron alrededor de 50 familias en orientación psicológica y 25 personas hasta abril del 2007; por consiguiente ha de tenerse en cuenta a su vez que el componente psicológico es en menor medida atendido y trabajado en relación con el aspecto socioeconómico de la población en situación de desplazamiento, por lo cual el componente psicológico debe ser mas valorado en la ayuda humanitaria ofrecida y diseñada para esta población, en la que los cambios bruscos o frecuentes en el modo de vivir generados por el desplazamiento forzado pueden facilitar la instauración de un estado depresivo.

El riesgo para un trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10% y el 25% para las mujeres y entre el 5% y el 12% para los varones. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos en muestras de población general ha variado entre el 5 y el 9% para las mujeres y entre el 2 y 3% para los varones. A menudo los episodios de trastorno depresivo mayor se producen después de un estrés psicosocial grave como una pérdida o divorcio; los acontecimientos psicosociales u estresores sugieren un papel importante en la precipitación del primer o segundo episodio del trastorno depresivo (DSM-IV, 2005).

Por otra parte las experiencias vividas según la teoría de la depresión de Aarón Beck proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro, y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activos por determinadas circunstancias, por lo cual la depresión puede ser desencadenada por una anomalía o enfermedad física como por situaciones desagradables de la vida en el que el

pensamiento de la persona con tendencia a la depresión puede aparecer bastante constreñido, desarrollando ideas negativas acerca de todos los aspectos de la vida (Beck ,1976). De ahí el posible surgimiento de los síntomas depresivos como: tristeza, pesimismo, inutilidad, apatía, falta de apetito, energía y sueño entre otros.

La tristeza uno de los síntomas depresivos más característicos, se define como una respuesta humana universal a la frustración, desilusión u otras adversidades como duelos, separaciones, pérdidas, emigración forzada, catástrofes. (Antonini, 2007).

En tal sentido, se establece como pregunta problema para investigar: ¿Cuáles son los síntomas depresivos que presentan las madres de familia desplazadas del Barrio Boulevard de la Rosa de la ciudad de Santa Marta?

JUSTIFICACIÓN

La Consultaría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (1999), afirma que el desplazamiento repercute dramáticamente en la situación de la mujer ocasionando un deterioro considerable en su situación económica, social y emocional, las cuales influyen a su vez en sus relaciones familiares, ya que la mujer como madre de familia es uno de sus miembros mas vulnerables recibiendo muchas veces el mayor impacto negativo generado por el desplazamiento (Edición Especial No 3, p. 22).

Los efectos negativos del desplazamiento forzado se manifiestan principalmente a partir de el trauma generado por los hechos violentos (asesinatos de cónyuges u otros familiares, violaciones sexuales), a partir de la perdida de sus bienes de subsistencia (casa, enseres, culturas, animales), lo que implica la ruptura con elementos conocidos de su cotidianidad domestica y con su mundo de relaciones primaria; el desarraigo social y emocional que sufren al llegar desde una apartada región a un medio urbano desconocido, hechos que han ocasionando según la red de información jurídica en los países de la Región Andina la angustia, cansancio, baja autoestima, depresión en la población desplazada particularmente en las madres de familia. Por lo cual nace la necesidad de considerar la importancia de evaluar las repercusiones que el desplazamiento genera en la vida cotidiana de las madres de familia, ya que este fenómeno puede llegar a desestabilizar el equilibrio emocional de las madres hasta llegar al núcleo familiar modificando los roles y obligándolas a generar conductas que pueden ser adaptativas pero que a su vez se vuelven disfuncionales, lo que puede hacer perder la capacidad de afrontamiento y adaptación del individuo, ante la situación actual que esta viviendo.

Por otra parte en el aspecto teórico se establecen principios de valoración para la depresión, a través del cuestionario de depresión de Beck en la población citada, en la que los datos arrojados a la investigación son insumos para estudios epidemiológicos en salud mental entre la población desplazada, ya que Aarón Beck, ha sido en particular el que ha desarrollado, estudios a nivel de evaluación e intervención de la depresión, siendo el máximo representante y autor de la teoría cognitiva, la cual surgió a partir de toda la evaluación de la conducta depresiva y en la que Beck ha generado un impacto en su estudio ante el nuevo modelo científico de la depresión en la que ha dado respuestas muy útiles para su abordaje terapéutico.

Según el Modelo Clásico de Aarón Beck (1967), los principios teóricos en los que se basa la terapia cognitiva son:

Las ideas o creencias influyen sobre los estados afectivos (y los modifican), algunas son responsables en el principio de los trastornos psicológicos.

El desarrollo de un trastorno se apoya en la vulnerabilidad cognitiva hacia los síntomas depresivos que padece un individuo. Dicha vulnerabilidad es el resultado de la operación de ciertos esquemas o patrones de inadecuación, fracaso o pérdida, Tales esquemas están representados por actitudes disfuncionales. Los pensamientos automáticos que favorecen la aparición de síntomas depresivos se valen de distorsiones cognitivas.

Lo que produce las acciones distorsionadas es la activación de diferentes esquemas como:

Reglas de conducta (“siempre tengo que actuar a la perfección”),

Supuestos básicos (“si me equivoco, la gente no creera mas en mi”),

Creencias nucleares (“soy incompetente”),

Los eventos negativos activan la vulnerabilidad cognitiva del individuo, desarrollando pensamientos negativos de si mismo, el mundo y el futuro,

Como consecuencia aparecen los síntomas negativos que caracterizan la depresión, los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria (p.45).

Razón por lo cual es útil y de gran importancia la realización de este estudio dirigido a identificar y describir los síntomas depresivos presentes en las madres victimas del desplazamiento forzoso que sufren trastornos del estado de animo, en el sector Boulevard de la Rosa de la Ciudad de Santa Marta, caracterizando los elementos relevantes a la condición anímica, a la vez evaluando los mismos y aplicarles un instrumento que permita verificar la presencia de los síntomas depresivos; de este modo, posiblemente se contribuya de alguna forma al establecimiento de programas de promoción y prevención de la enfermedad, a entidades y/o organizaciones diversas que actúen en éste ámbito.

En la investigación desarrollada por Donny y Nora (2001), se expone que la situación de desplazamiento, así como las responsabilidades económicas y familiares que la mujer desplazada debe enfrentar, traen consigo grandes crisis psico-emocionales que difícilmente pueden ser cuantificadas; por lo que la situación de crisis vivida influye en las relaciones intrafamiliares, deteriorándolas, lo que se manifiesta en hechos como el aumento en la violencia intrafamiliar y el maltrato físico y emocional al cual está expuesta la mujer. (citado por Meertens y Segura, 2001, p.31).

Estos procesos dolorosos pueden crear temores frente a la capacidad de resistencia, obligando a la mujer a buscar respuestas en medio de la fragilidad, estado que a su vez puede generar problemas de salud mental, frente a lo cual existe un porcentaje relativamente bajo de atención psicológica en el total de familias desplazadas en Colombia

(Universidad Nacional de Colombia, Un periódico, 1999) La carga emocional que aqueja a la mujer desplazada se puede manifestar en síndromes depresivos y en la pérdida de la autoestima. La depresión está asociada a tristeza, desanimo, desinterés, irritabilidad, llanto fácil, falta de apetito y dificultad para concentrarse. (Cervellin y Uribe, 2000).

La mujer en situación de desplazamiento puede verse sometida a los múltiples papeles que debe desempeñar a nivel familiar y laboral, sumado a la pérdida de seres queridos, amigos y sus propiedades, haciendo pensar en la necesidad de diseñar políticas y programas encaminados a buscar alternativas de apoyo y asistencia psicosocial orientados hacia las mujeres, los niños y adolescentes (Suarez, 2003; Puchole, n.d).

Por lo cual es necesario reconocer las implicaciones que tiene el fenómeno del desplazamiento en la vida diaria de la mujer quien adquiere un papel fundamental en el hogar en medio de la misma situación (Guevara, R, 2000); convirtiéndola así en un miembro vulnerable a nivel emocional y psicológico, por lo que surge la necesidad de desarrollar mas estudios sobre esta problemática que generen conocimiento, reflexión y nuevas alternativas de orientación y solución hacia la misma.

En Santa Marta por ejemplo se encontró una investigación realizada en la Universidad Cooperativa de Colombia desarrollada por Álvarez Centeno Y Vásquez (2001) quienes exponen en esta investigación que la depresión se presenta con mayor prevaecía en el sexo femenino, cuyo resultado arrojó que la mujeres presentaron una depresión severa en un 25% en comparación con los hombres quienes obtuvieron un 21,4% relacionando así este grupo de estudio los planteamientos teóricos existentes en cuanto a la mayor prevaecía de la depresión en mujeres que en hombres (p. 22).

La metodología de este estudio se fundamento en el diseño descriptivo-transaccional, tomando una muestra representativa de 60 sujetos (Mujeres y Hombres) en edades entre los 20 y 40 años; se llego a la conclusión de que el desplazamiento forzado

puede traer consecuencias emocionales en los sujetos, ya que deteriora su calidad de vida quedando en condiciones precarias, sin alimento, servicios básicos, y alojamiento adecuado, corriendo un alto riesgo de contraer diversas enfermedades y ser afectados en su integridad física y emocional, donde la mujer por su género tiende a ser más vulnerable ante esta situación. Como recomendaciones expusieron la necesidad de diseñar en futuras investigaciones, modelos de intervención para ayudar a esta población vulnerable, víctima de la problemática social en el país.

En esta investigación se pretende realizar un estudio de tipo descriptivo, ya que se desea conocer, analizar e identificar los síntomas depresivos que pueden estar presentes en los sujetos objeto de estudio que han sido víctimas del fenómeno del desplazamiento forzado; tomando como marco conceptual la teoría cognitiva de la depresión de Aaron Beck, que conceptualiza la organización cognitiva del depresivo y la forma como este construye la realidad ante un evento negativo que produce cambios en el pensamiento, llevándolo a una distorsión inadecuada de sí mismo, su mundo y su futuro, fundamentado en las construcciones negativas que el sujeto procesa ante los eventos externos inmediatos. (Beck, 1979).

Por consiguiente se ha generado interés por parte del grupo investigador en identificar a través de la observación directa las condiciones que podrían presentar las madres de familia en situación de desplazamiento del Barrio Boulevard de la Rosa de la ciudad de Santa Marta, ante la pérdida de vivienda, trabajo, de un ser querido, al igual que las carencias en el hogar de tipo económico, material y las dificultades para mejorar su calidad de vida. En el caso particular de los sujetos objeto de estudio se podría observar y describir, cambios en el estado de ánimo, como desánimo, tristeza, expectativas negativas, rechazo, sentimientos de inutilidad, miedo, siendo estos síntomas característicos de la

depresión; estado que puede ser generado por un cambio situacional, como lo es en este caso el desplazamiento forzado.

Por lo que este estudio pretende ser de ayuda y a su vez aportar a que futuros profesionales en el área de la psicología clínica entiendan como los síntomas de la depresión reflejan una profunda alteración en la organización cognitiva del individuo y por consiguiente en su vida y cotidianidad, identificar las situaciones ambientales o concretas que tengan relación con la depresión del individuo, ya que la depresión podría definirse como una incapacidad percibida por el sujeto para ejercer control sobre el ambiente y su entorno. En la depresión los síntomas más predominantes serían el dolor psíquico, la agitación, y la pérdida de energía.

Por otra parte podría ser útil y de interés a todas aquellas entidades que trabajan con la población desplazada a nivel psicosocial como son la Corporación Minuto de Dios, Pastoral Social, entre otros organismos que ofrecen ayuda en capacitación, salud, vivienda, y ayuda económica como Acción Social, el ICBF o Bienestar Familiar, Cruz Roja Seccional Santa Marta, Fundación para el desarrollo humano y comunitario (fundehumac) y la Corporación Encuentro, entre otros.

De manera que esta investigación será de suma importancia, ya que sus resultados pueden ser empleados como punto de partida para contribuir a que se abra paso al desarrollo de programas que sean útiles y pertinentes como apoyo psicológico al desplazado y así se logre una mejor vinculación y adaptación al medio. También radica su importancia en que sea de referencia a otras investigaciones que emprendan a su vez la búsqueda de alternativas que le permitan valorar aun más el componente psicológico de las madres en situación de desplazamiento por la violencia y de esta manera se logre brindar información acerca de la vulnerabilidad en salud mental a la que están expuestas las mujeres en situación de desplazamiento, para las acciones encaminadas a aportar soluciones a

esta problemática, siendo abordada desde la visión del campo clínico de la psicología como es el tratamiento psicoterapéutico para las madres en situación de desplazamiento, que presentan problemas depresivos.

OBJETIVOS

Objetivo General

Describir los síntomas depresivos que presentan las madres de familia desplazadas del Barrio Boulevard de la Rosa de la Ciudad de Santa Marta desde la teoría de Aaron Beck.

Objetivos Específicos

■ Identificar la sintomatología depresiva a partir de los síntomas afectivos, en las madres de familia desplazadas del Barrio Boulevard de la Rosa de la ciudad de Santa Marta.

■ Identificar la sintomatología depresiva a partir de los síntomas motivacionales, en las madres de familia desplazadas del Barrio Boulevard de la Rosa de la ciudad de Santa Marta.

■ Identificar la sintomatología depresiva a partir de los síntomas cognitivos en las madres de familia desplazadas del Barrio Boulevard de la Rosa de la ciudad de Santa Marta.

■ Identificar la sintomatología depresiva a partir de los síntomas conductuales en las madres de familia desplazadas del Barrio Boulevard de la Rosa de la ciudad de Santa Marta.

■ Identificar la sintomatología depresiva a partir de los síntomas fisiológicos en las madres de familia desplazadas del Barrio Boulevard de la Rosa de la ciudad de Santa Marta.



Analizar la prevalencia de los síntomas depresivos en las madres de familia desplazadas del Barrio Boulevard de la Rosa de la ciudad de Santa Marta.

MARCO TEÓRICO

Depresión

La depresión es uno de los más comunes y serios problemas de la salud mental que enfrenta la gente hoy en día. Millones de personas en el mundo sobreviven en medio de la depresión, ricos, pobres, ciudadanos, campesinos, hombres y mujeres, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebrovascular) mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar (Antonini, C, 2007). De ahí que desde los distintos estamentos sanitarios se esté potenciando la investigación para intentar atajar este trastorno mental, cuyo índice de prevalencia, lejos de disminuir, amenaza con incrementarse a medida que transcurra el siglo XXI.

La palabra Depresión viene del latín *depressio*: hundimiento. La persona se siente hundida con un peso sobre su existencia (RALE, 2005). 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 depresión es una enfermedad tratable, al igual que la diabetes o la hipertensión. Muchos creen erróneamente que la depresión es normal en personas mayores, adolescentes, mujeres menopáusicas, madres primerizas o en personas que padecen enfermedades crónicas. Pero éste es un concepto equivocado, no importa la edad, el sexo o la situación de

la vida, la depresión nunca es algo normal. Cualquier persona que experimente síntomas depresivos debe ser diagnosticada y tratada para revertir su condición.

La descripción de la depresión está reflejada en el antiguo testamento, por ejemplo el libro de Job, hacia el siglo XV antes de Cristo. En otros textos bíblicos (hacia el siglo VIII antes de Cristo), en los años 430-377 antes de Cristo. Hipócrates se preocupó por comprender científicamente la depresión, se refería a ella como melancolía y reconocía que la misma presentaba un carácter periódico y tendía a la cronicidad con periodos intermedios de remisiones, este estado melancólico surgía luego de un prolongado proceso de tristeza y angustia. Para Hipócrates la melancolía se debe a desequilibrios en la secreción de bilis negra o bien a una mala combustión de esta sustancia en el organismo. El termino manía y melancolía al que se refería Hipócrates siguió siendo utilizado por otros autores médicos incluidos Areteo (120-180 D J.C - Galeno 129-199 d. De J.C.) Y Alejandro de Tralles, en el siglo VI.

Las depresiones pueden ser endógenas, exógenas o somatógenas, todas ellas se caracterizan por una serie de alteraciones en el área psíquica. Las depresiones endógenas tienen una causa fundamentalmente biológica (Arias y Bohórquez, 2005).

No existe continuidad con la historia vital de la persona, no hay motivos para estar triste o melancólico, ni existen causas externas. Estas personas tienden a encontrarse mejor por las tarde y su patología se relaciona con el cambio de estación (hay un aumento de síntomas depresivos en primavera y otoño), frecuentemente su iniciación y curso se asocia a ritmos biológicos, suelen ser hereditarias; La depresión exógena es fundamentalmente causada por factores ambientales externos. También se denomina depresión reactiva, pues se producen como respuesta a una pérdida, un desengaño, una tensión u otros acontecimientos externos recientes (Cervellin y Uribe, 2000).

Se supone que las depresiones sin una historia de tensión externa se deben a algún proceso biológico intrínseco o endógeno.

La Depresión somatógena es secundaria a causas físicas específicas y patologías orgánicas demostrables. También se llaman depresiones orgánicas, las causas más frecuentes son trastornos tiroideos, Anemias, Lupus, cáncer entre otros.

Los síntomas **principales** que pueden observarse en los estados depresivos son:

1. Tristeza
2. Alteraciones del pensamiento
3. Disminución de la actividad física, psíquica y motora.

La tristeza es observada tanto en el rostro de quien se siente deprimido como por el llanto fácil; las alteraciones de pensamiento incluyen: baja autoestima, auto acusaciones, sentimientos de desesperanza, ideación suicida, hipocondría, futuro desolador y en cuanto a la disminución motora se sienten cansados, fatigados y disminuyen su actividad. La física incluiría insomnio, pérdida del apetito, estreñimiento, dolores diversos. En la parte psíquica se incluyen dificultades en la concentración y atención, pérdida generalizada de interés. (Navarro, 1990).

El DSM IV (2005) ubica a la depresión dentro de los trastornos del estado de ánimo, cuya característica principal es la alteración del humor, su criterio diagnóstico expone que la presencia de cinco o más de los síntomas depresivos durante un periodo de dos semanas representan un cambio respecto a la actividad previa donde uno de los síntomas debe ser el estado de ánimo deprimido caracterizado por la tristeza y el llanto, la pérdida del interés o capacidad para el placer, entre otros como el sentimiento de inutilidad, pérdida de energía, apetito. Especifica que los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes de la actividad del individuo; y se

caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones de inutilidad, ideación suicida, y enlentecimiento psicomotor (p. 43).

Además de los conceptos que se han expuesto con relación a la depresión, es de interés de la presente investigación resaltar la importancia que tiene la teoría psicológica para explicar los trastornos del estado depresivo. Las teorías cognitivas de los trastornos depresivos comparten ciertos procesos cognitivos que juegan un papel fundamental en el inicio, curso y/o remisión de la depresión.

Existen tres clases de teorías cognitivas de la depresión, las cuales son las teorías del procesamiento de la información, las teorías cognitivo sociales y las teorías conductuales cognitivas.

Las teorías del procesamiento de información se adscriben a la metáfora del hombre como sistema de procesamiento de la información; en un entorno continuamente cambiante que demanda capacidades adaptativas, el individuo construye activamente la realidad mediante la selección, codificación almacenamiento y recuperación de la información presente en el medio. Esta información experimenta transformaciones cognitivas que afecta la respuesta tanto emocionales como conductuales del propio sujeto. Produciéndose una interdependencia entre condición, emoción y conducta. (Beck y Clark, 1988).

Las teorías cognitivo-sociales descansan sobre constructos desarrollados dentro de la tradición de la psicología social.

Las teorías conductuales cognitivas se centran más en la varianza personal de la interacción persona por situación e incluyen procesos cognitivos, e incluso estructuras cognitivas, en su conceptualización de la depresión. La teoría mas conocida de esta categoría es la propuesta por Aarón Beck la cual se basa en el enfoque cognitivo y bajo la cual se fundamentará esta investigación.

Modelo Cognitivo de la Depresión de Aarón Beck.

Existen muchas definiciones, sin embargo, en éste trabajo vamos a resaltar y guiarnos por la que ofrece Beck, quien se centra en el paradigma personal del paciente.

Para Beck (2002), “el individuo depresivo distorsiona sistemáticamente sus experiencias en una dirección negativa, es decir, manifiesta un procesamiento que se concreta en una consideración negativa del yo, del mundo y del futuro (triada cognitiva)”. La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse así mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrásico. El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía, tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico; debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos, es un inútil, carece de valor, tiende a subestimarse y a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad (p. 16).

El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles.

La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. En este sentido, puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajustasen a las conclusiones negativas que se habían formado de antemano.

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro; cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente, espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensan en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso. De manera que las personas depresivas tienden a emitir juicios globales respecto a los acontecimientos que afectan su vida (Beck, 2002).

Básicamente el modelo formulado por Beck (1979) parte de la hipótesis de que el sujeto depresivo tiene unos esquemas cognitivos tácitos o inconscientes que contienen una organización de significados personales (supuestos personales) que le hacen vulnerable a determinados acontecimientos (pérdidas). Los significados personales suelen ser formulaciones inflexibles referentes a determinadas metas vitales (amor, aprobación, competencia personal, etc.) y a su relación con ellas (autovaloración). (p. 32).

Esos significados se activan en determinadas circunstancias (casi siempre relacionadas con la no confirmación de esos significados por los acontecimientos), haciendo que el sujeto depresivo procese erróneamente la información (distorsiones cognitivas) e irrumpa en su conciencia una serie de pensamientos negativos, involuntarios y casi taquigráficos (pensamientos automáticos, ejemplo: “Evito tomar decisiones mas que antes”) que son creídos por el paciente y que le hacen adoptar una visión negativa de si mismo, sus circunstancias y el desarrollo de los acontecimientos futuros (triada cognitiva,

ejemplo: “No disfruto de las cosas tanto como antes”, “Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias...”, “Me molesto o irrito mas fácilmente que antes”). Los pensamientos automáticos negativos a su vez interactúan con el estado afectivo resultante (depresivo) y las conductas relacionadas (evitación, descenso de la actividad.), siendo el resultado de esta interacción el "cuadro depresivo".

Beck (2002) identifica las siguientes distorsiones cognitivas en la depresión:

I. Inferencia arbitraria. Se refiere al proceso de obtener conclusiones en ausencia de evidencia suficiente que la apoye o cuando la evidencia es contraria a esa conclusión.

II. Abstracción selectiva. Consiste en centrarse en un detalle de la situación, ignorando otros aspectos de la situación ("visión túnel") y llegando a una conclusión general a partir de ese detalle.

III. Sobregeneralización. Consiste en sacar una conclusión general y aplicarla a hechos particulares que son diferentes o no relacionarlos entre si.

IV. Maximización y minimización. Se trata de centrarse excesivamente en los errores y deficiencias personales y no tener lo suficientemente en cuenta (en proporción a los errores) los aciertos y habilidades personales.

V. Personalización. Se refiere a la tendencia del paciente a relacionar acontecimientos externos (normalmente evaluados como negativos) como relacionados o referentes a él mismo sin que exista evidencia suficiente para ello.

VI. Pensamiento dicotómico o polarización. Se refiere a la tendencia a clasificar la experiencia en términos extremos y opuestos sin tener en cuenta la evidencia de categorías intermedias. El paciente suele clasificarse en los extremos negativos (p.e "incapaz frente a capaz") (p. 34).

Igualmente, Beck (1976) ha especificado alguno de los Supuestos personales que suelen predisponer o hacer vulnerable a las personas a la depresión:

1. Para ser feliz, debo tener éxito en todo lo que me proponga.
2. Para ser feliz, debo obtener la aceptación y aprobación de todo el mundo en todas las ocasiones.
3. Si cometo un error, significa que soy un inepto.
4. No puedo vivir sin ti.
5. Si alguien se muestra en desacuerdo conmigo significa que no le gusto.
6. Mi valor personal depende de lo que otros piensen de mí (p. 55).

Objetivos Terapéuticos para el Tratamiento de la Depresión. Beck y Rush (2002)

distingue tres objetivos generales en el tratamiento del síndrome depresivo:

1º Modificación de los síntomas objetivos. Consiste en tratar los componentes cognitivos, afectivos, motivacionales, conductuales y fisiológicos que conforman el síndrome. En función de la urgencia y acceso de modificación inicial, el terapeuta inicia su abordaje.

2º Detección y modificación de los pensamientos automáticos, como productos de las distorsiones cognitivas.

3º Identificación de los Supuestos personales, y modificación de los mismos (p.26).

En resumen, los objetivos de tratamiento van dirigidos a la modificación del estado depresivo, desde los factores mas sintomáticos (interrelaciones entre cogniciones-afectos-conductas) a los factores "subyacentes" de tipo cognitivo (distorsiones y supuestos personales), (Beck y Rush, 2002).

Abordaje de algunos síntomas objetivos de la depresión. En algunas áreas del saber clínico **síntoma** es la referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que puede reconocer como anómalo o causado por un estado patológico o enfermedad.

El término síntoma se contrapone a *signo clínico*, que es un dato objetivable. El síntoma es un aviso útil de que la salud puede estar amenazada sea por algo psíquico, físico, social o combinación de las mismas.

➤ *Síntomas afectivos.* Hace relación a la referencia subjetiva que da un sujeto por la percepción o cambio que puede reconocer como anómalo o causado por un estado cualquiera por el afecto. Entendiéndose el afecto como la impresión elemental de atracción o repulsión diferente de la emoción y de los sentimientos más elaborados socialmente (RALE, 2005). Ellos se manifiestan, desde la posición de Beck (1976) en:

a) *Tristeza.*

b) *Periodos de llanto incontrolable.*

c) *Sentimientos de culpa.*

d) *Sentimientos de ansiedad.*

e) *irritabilidad (p. 11)*

➤ *Síntomas cognitivos:* la cognición se refiere al conjunto de estructuras y actividades psicológicas cuya función es el conocimiento, por oposición a los dominios de la afectividad.

La valoración que tiende a ser el sujeto en estado de depresión de si mismo y de su entorno suele ser negativa, el individuo suele desarrollar una serie de pensamiento e ideas rígidas que le hacen centrarse en la negatividad, indecisión y en la no solución de sus problemas, ya que tiende a percibir sus problemas como insuperables; la pérdida de la autoestima y la autocrítica personal también suelen ser características cognitivas estables de los sujetos en depresión, ya que ante un suceso negativo atribuyen la causa del suceso mas a sus defectos o incapacidades que a factores externos, la desesperanza, la visión totalmente pesimista del futuro, son factores casi siempre presentes en estos sujetos. Los aspectos concernientes a los síntomas cognitivos son:

Indecisión

Percibir los problemas como abrumadores e insuperables

Autocrítica

Polarización (“Todo-Nada”)

Problemas de memoria y concentración.

➤ *Síntomas conductuales* la pasividad ante los sucesos y eventos a su alrededor fomentan que la depresión se instaure en el sujeto, el individuo adquiere una conducta pasiva y de inercia en donde se considera inútil y de obstáculo para los demás tendiendo al aislamiento, por lo que su capacidad de resolución de problemas se reduce al mínimo, asumiendo una conducta evasiva, y en extremo una conducta con tendencia al suicidio en donde asume como única solución la muerte. Dentro de los síntomas conductuales se destacan:

a) *Pasividad, evitación e inercia.*

b) *Dificultades para el manejo social, aislamiento.*

d) *Conducta suicida y/o ideación suicida.*

➤ *Síntomas fisiológicos:* estos suelen darse por pérdida de sueño, pérdida del apetito, la disminución de la actividad y el deseo sexual, hasta molestias corporales como dolores de cabeza, espalda, náuseas, estreñimiento. En estos síntomas están los de: a) *Alteraciones del sueño.* b) *Alteraciones sexuales y del apetito,* c) *Fatigabilidad.*

➤ *Síntomas Motivacionales:* la motivación hace relación a la falta de deseo o estímulo para realizar actividades. En el caso de la depresión, el sujeto suele manifestar un estado general de inhibición, tendiendo a evitar actividades cotidianas, u laborales ya que puede mostrar poca fuerza de voluntad y esfuerzo para realizar actividades que le generen insatisfacción o no disfrute como antes e incluso creer que no puede hacer nada. En los síntomas motivacionales se destacan: a) *Insatisfacción,* b) *Rendimiento laboral.*

Cuestionarios de Evaluación de la Depresión. La evaluación de la depresión conlleva la realización de una historia clínica general, el análisis funcional-cognitivo y la evaluación diagnóstica correspondientes. Beck diseñó un cuestionario para evaluar los síntomas de la depresión, el cuál se describe seguidamente:

✓ *Inventario para la valoración de la depresión (B.D.I).* Es un inventario de 21 ítems referente a distintos síntomas depresivos (con relevancia de los cognitivos) que el terapeuta (forma heteroaplicada) o el paciente (forma autoaplicada) evalúan. La puntuación global permite al terapeuta estimar la intensidad de la depresión; y el análisis de los ítems, detectar los síntomas más frecuentes o formular hipótesis sobre su base cognitiva. Este inventario se suele usar al inicio de cada sesión para conocer la evolución de la intensidad del trastorno. (Beck, 1978).

El Fenómeno del desplazamiento Forzado

Los teóricos de la Depresión, consideran que existen eventos que conllevan a que una persona desarrolle el síntoma, básicamente está dado por pérdidas de cualquier tipo que, mal tratadas y/o relacionadas a circunstancias socio-ambientales, hacen posible el desarrollo de la depresión. Como el desplazamiento que trae consigo pérdidas (de tierras, de familiares, del trabajo, de las costumbres del día a día, etc), siendo una de la causas de que se desarrolle la depresión, ya que el individuo al experimentar situaciones complejas en donde su entorno y calidad de vida se ven afectados, tiende a distorsionar negativamente su percepción de la realidad, generándole cambios emocionales caracterizados por la inconciencia, o falta de atención con respecto a los estímulo ambientales en el que el desplazamiento forzado puede constituirse como un evento determinante en el desencadenamiento de la Depresión (Beck, 1976).

Se ve entonces, que muchos grupos e individuos han migrado de forma involuntaria. Desde el siglo XV hasta la primera mitad del siglo XIX, millones de africanos, a menudo capturados por otros pueblos africanos, fueron apresados, sacados de sus tierras y vendidos como esclavos en países lejanos. En primer lugar fueron enviados a Portugal y después a otros países europeos, llegando en dirección este a lugares tan lejanos como la India, y en dirección oeste hasta los Estados Unidos, América del Sur y Centroamérica.

Los traficantes de esclavos desplazaron por la fuerza unos 20 millones de africanos hacia el continente americano. Otro caso de desplazamiento forzado, se produce cuando los gobiernos obligan a ciertos grupos a trasladarse a otras regiones del país o a abandonarlo definitivamente. La Santa Inquisición, por ejemplo, forzó a judíos y musulmanes a dejar España (en el siglo XV), una política de expulsión que en el caso de los judíos, no era una novedad en Europa, ya que anteriormente habían sido expulsados de Francia en 1394 y de Inglaterra en 1290. Los efectos políticos, geográficos, económicos y emocionales a causa de la misma han sido motivo de estudio, teniendo mayor importancia el estado sentimental, donde se estableció que la depresión es uno de los probables trastornos clínicos más conocidos antiguamente.

El desplazamiento forzoso ha empezado a estudiarse recientemente en el país, el Defensor del Pueblo ha señalado que “el desplazamiento de población por la violencia crece y se diversifica en sus causas y pluralidad de actores y en desarraigo a que se ven sometidos miles de colombianos. En las regiones donde el conflicto es más agudo la característica es la expulsión, según información suministrada por las Oficinas Regionales y Seccionales de la Defensoría del Pueblo, existen cerca de 292 municipios expulsores, en 28 Departamentos y como acción casi automática, caracterizada por el traumatismo, se produce el asentamiento en zonas predominantemente urbanas. Este fenómeno no sólo desconoce el derecho de movilización o residencia que establece el artículo 24 de la

Constitución Política (1991), sino que implica la trasgresión múltiple de los derechos a la vida, la integridad personal, la salud, la educación, la vivienda, al trabajo, la intimidad, la asociación, entre otros.

Implicaciones Jurídicas, Políticas y Sociales del Desplazamiento. En cuanto a las implicaciones jurídicas del concepto de desplazado, la jurisprudencia de la Corte Constitucional avanzó en el sentido de reconocer el carácter fáctico del desplazamiento, respecto del cual no lo jurídico sólo opera como reconocimiento de inscripción dentro de los programas estatales y la inclusión de las personas desplazadas en los sistemas de información, que permanecen en fase de construcción; también emerge un desfase entre el concepto unitario y generalizado de desplazado y la diversidad de circunstancias, regiones, conflictos en que se encuentran las personas desplazadas, lo cual sugiere la necesidad de introducir políticas cada vez más diferenciadas que den campo a las necesidades y distinciones que son patentes para todas las organizaciones que prestan atención: mujeres, niños, ancianos, circunstancias regionales, zonas de expulsión y recepción, cultura, niveles de organización, carácter individual o colectivo. (DEFENSORIA DEL PUEBLO, RED DE SOLIDARIDAD SOCIAL).

En otro sentido aparece una preocupación por las implicaciones políticas y simbólicas de la categoría de desplazado. Una de las funciones de la definición jurídica es la de delimitar un campo de respuesta estatal donde el desplazado es usuario u objeto de una serie de programas de atención; surge la pregunta sobre el desplazado, ya no como objeto, sino también como usuario de atención sino como actor político, jurídico, social o cultural. Sin embargo la movilización forzada de población colombiana, reclama especial atención pues se constituye en un grupo social vulnerable, marginal y de alto riesgo, los cuales requieren de un acompañamiento psicosocial, ya que por sus condiciones adversas,

la estabilidad emocional y afectiva de los individuos y de su desarrollo colectivo en la sociedad puede estar amenazada por traumas psíquicos, social y psicosocial, descrito por Martín Baró (1939); como “la generalización de una disfunción, que se particulariza en el individuo por medio de experiencias extremas que le generen capacidad para lograr ser, marcar y determinar los procesos históricos de la sociedad de este país, que retroalimenta su incapacidad para el desarrollo” (p. 18).

Los cambios bruscos en el modo de vivir facilitan la instauración de un estado depresivo a través de la ruptura de los ritmos, el mayor riesgo se produce cuando el sujeto ya ha abandonado la antigua situación y todavía no se ha insertado en la nueva.

Depresión, Desplazamiento y Mujer

Los conflictos armados tienen efectos sobre la población femenina, incluyendo la violencia política. Las migraciones forzosas y los desplazamientos internos constituyen otro factor de violencia contra la mujer porque una gran proporción de las familias desplazadas están encabezadas por mujeres.

Los diferentes estudios realizados en torno al tema del desplazamiento en Colombia establecen que en promedio el 55% de la población desplazada es del género femenino. Esta cifra no representa diferencia significativa entre los estudios de Codhes, la Red de Solidaridad Social y la Conferencia Episcopal (2000), según se desprende de la prueba Chi cuadrado aplicada ($p > 0.05$).

A través del análisis de la información del Sistema de Información RUT, se ha podido determinar que la probabilidad de encontrar una mujer entre la población desplazada es de 0.497. Como también se ha podido determinar a partir del mismo análisis que la mediana de la edad de las mujeres desplazadas es de 19 años, lo que significa que el

50% de las mujeres tienen edades inferiores a ésta, lo cual muestra la importancia de implementar políticas encaminadas a la infancia y la juventud, especialmente en lo relacionado con educación, recreación y salud.

Esta edad incluye la franja de mujeres adolescentes quienes deben enfrentar cambios no sólo en lo relativo a los aspectos fisiológicos que vienen con la edad, sino las presiones psicológicas derivadas de los cambios de ubicación y desarraigo de sus hogares y sus lugares de origen. En muchas ocasiones son retiradas de sus familiares y allegados y obligadas por las circunstancias a abandonar sus estudios y asumir responsabilidades frente a sus familias.

Esta nueva realidad para las niñas y adolescentes genera cargas emocionales adicionales a las que deben enfrentar niñas y jóvenes de sus mismas edades, por cuanto deben enfrentar dificultades para construir su identidad en un contexto transcultural (Cervellin y Uribe, 2000).

Independiente de los actores responsables del desplazamiento forzado de las personas, de su lugar de origen, las causas que llevaron a esta situación se relacionan principalmente con el miedo, las amenazas, las desapariciones forzadas, la coacción para la venta de tierra, la detención arbitraria, además de los enfrentamientos entre grupos armados.

Todas estas causas relacionadas con hechos violentos han movilizó miles de familias a lo largo del territorio nacional. Del análisis de la información registrada en el Sistema de Información RUT, se ha podido determinar que el tamaño promedio de las 43.587 familias desplazadas, registradas en el Sistema de Información RUT informe Junio del 2004, es de 4.89 personas, las cuales incluyen 213.046 personas. De estas personas registradas, la probabilidad de encontrar una persona mestiza es de 0.86, frente a 0.25 de hallar una persona afro descendiente, 0.03 de encontrar un indígena o 0.15 de encontrar una persona de raza blanca.

Del análisis de la base de datos RUT, se puede determinar que la probabilidad de encontrar una mujer como cabeza de familia es de 0.39. A su vez la probabilidad de ubicar una mujer sola dado que es cabeza de familia es de 0.348, lo que implica que son mujeres solas, bien sea soltera, separado o viuda, destacando que desde los 16 años de edad se encuentran mujeres con hijos viudas, y niñas cabeza de familia desde los 14 años de edad. Las condiciones de violencia han ocasionado un aumento de la jefatura de la mujer en el hogar. En algunos casos el proceso de desplazamiento ha sido liderado por la mujer en su afán de proteger su familia planteando estrategias para huir de su lugar de origen, aunque esto les obligue a dejar todas sus pertenencias y a adoptar nuevas formas de vida.

En los últimos años se han adelantado diversos estudios sobre la depresión a causa del desplazamiento en Colombia, pero no se estableció la existencia de investigaciones directamente relacionadas con la depresión en las mujeres desplazadas por la violencia en Santa Marta tal como lo plantea esta investigación. Sin embargo se constataron algunas investigaciones afines con este estudio como las realizadas en la Universidad Cooperativa de Colombia en Santa Marta, de tipo descriptivo, desarrollada por Jiménez y Henríquez (2002), en la cual “se investigaron las características depresivas en adolescentes desplazados, cuyo objetivo general fue describir las características depresivas en los adolescentes desplazados por la violencia en estudiantes de la Escuela Gabriela Mistral de Gaira; los objetivos específicos fueron evaluar como el desplazamiento forzoso puede ser un factor determinante en la aparición de síntomas depresivos en los adolescentes varones estudiantes de la Escuela Gabriela Mistral de Gaira, Identificar que forma de reacción (mecanismo de defensas) presentan los adolescentes ante la situación de violencia y desplazamientos. En este estudio se aplicó el I6PF, instrumento diseñado por R.B. Cattell para investigación básica en psicología para cubrir lo mas ampliamente posible el campo de personalidad en un corto tiempo, útil para medir las características específicas de la

personalidad de los adolescentes, en la cual se encontró que los jóvenes debido a la situación de desplazamiento, presentaron características depresivas que se ven expresadas en altos niveles de tensión, baja auto-estima, sentimientos de incapacidad para lograr sus propios ideales, búsqueda constante e insaciable de afecto, limitado desarrollo hacia entablar nuevas relaciones sociales, deseo de ser valioso, amado y apreciado, deseo de ser fuerte y tener seguridad, y por ultimo el deseo de ser bueno y amable” (p.13 – 15).

En el segundo estudio desarrollado en la Universidad Cooperativa de Colombia por Brochero y Pernet (2006), “el objetivo general fue describir los pensamientos depresivos presentes en jóvenes desplazados por la violencia, y cuyo resultado fue que el 20% de la población evaluada presentó depresión grave probablemente ocasionada por la situación de crisis generada por el desplazamiento forzado, reforzando en ellos una marcada autocrítica que los hace catalogarse con criterios de incompetencia y generando en estos ,síntomas depresivos como tristeza, sentimiento de culpa, ansiedad, aislamiento, cólera, evitación y pasividad” (p. 14).

A si mismo se hallaron otras investigaciones afines con este fenómeno en otras ciudades de Colombia como la realizadas en las siguientes ciudades.

En Barranquilla, se desarrollo la investigación realizada por Sánchez, Maria y otros (1997). De la Universidad del Norte, con respecto a los efectos psicológicos del desplazamiento forzoso, en el cual se realizó un estudio exploratorio con un grupo de adultos jóvenes predominantemente mujeres entre los 21 y 40 años de los diferentes barrios de la ciudad de Santa Marta. En los cuales se hallaron aspectos emocionales y de relación tales como: sentimiento de intranquilidad, desanimado, frecuente sensación de impotencia, inestabilidad emocional, en la que a raíz de la situación de desplazamiento y desempleo en casi todos los participantes, se apreciaron sentimientos de malestar emocional en los

mismos por los conflictos de pareja, desintegración familiar y agresión en los hijos (p. 18 - 45).

En Medellín, Palacio (1999). respecto al estrés post-traumático y resistencia psicológica en jóvenes desplazados, realizaron un estudio descriptivo comparativo con niños y jóvenes desplazados y no desplazados del municipio de malambo (Atlántico), entre los 7 y 16 años de edad, se llevo acabo una investigación con el fin de describir los niveles de estrés post- traumático y resistencia psicológica que presentan los jóvenes desplazados, para tal propósito se utilizo como instrumento la observación a través de cuestionarios y entrevistas sobre sus diferentes síntomas. El estudio revelo que muchos jóvenes desplazados presentan un alto nivel de estrés post traumático, además de comportamientos depresivos, y ansiosos. Sin embargo los sujetos del sexo femenino fueron los más afectados (p.56).

Por otra parte en Mérida, Venezuela, se realizo una investigación en la Universidad de los Andes por Carlu Arias Guerrero (2004), con el objetivo de detectar síntomas depresivos y la intensidad de los mismos en un grupo de estudiantes universitarios de la facultad de farmacia, además de establecer relaciones con una serie de características sociales, para los cuales se utilizaron dos instrumentos de trabajo como el inventario de depresión de Aarón Beck y una encuesta de datos personales, la muestra fue constituida por 223 estudiantes con edades entre los 15 y 30 años de los cuales el 23,31% resultaron con síntomas depresivos. Se identifico el predominio de los síntomas de intensidad leve (82 %) seguido por los de intensidad moderada (17%), no se presento caso de intensidad severa, en relación con las características sociales se observaron que las variables como sexo, edad, estado civil, lugar de procedencia, ingresos económicos, no presentaron diferencias significativas entre los estudiantes con síntomas depresivos y los estudiantes sin síntomas depresivos (p. 34- 55).

En vista de la importancia del tema, se decidió la realización de este estudio, cuyo objetivo es describir los síntomas depresivos en las madres de familia desplazadas del Barrio Boulevard de la Rosa de la ciudad de Santa Marta

Los colombianos desplazados viven la brusquedad de ser separados de su modo de vida, dependiendo de la capacidad de hacerle frente conducen al desequilibrio ó hacia el desarrollo según Salazar y Dakley (1993), estas actitudes tocan en gran manera a las mujeres ya que según la CODHES, muestra que tres de cada cuatro personas en situación de desplazamiento interno en Colombia son mujeres, desencadenándose de cifras del desplazamiento de cada mujer una serie de amenaza, reclutamiento, violencia sexual y violencia de genero que causan afectaciones psicológicas y sociales profundas; mujeres colombianas enfrentadas a este fenómeno las cuales son particularmente afectadas por los bloqueos económicos o de movimiento que imponen los actores armados siendo en la mayoría de los casos responsables de la alimentación del hogar (citado por Molina, 1997, p. 26).

En base al estudio de la ACNUR, sobre el desplazamiento de la mujer y como afecta su vida cotidiana, se observó como este género experimenta el impacto de desplazamiento repercutiendo en su estado anímico, produciendo tristeza, melancolía, percibiendo un estado depresivo, ya que ellas pueden afrontar situaciones como la viudez, ruptura de las relaciones de pareja, convirtiéndose en jefes del hogar. El desplazamiento con sus hijos ya sea por supervivencia o por miedo, las coloca en una situación de mucha amargura y ambigüedad por dejar sus hijos muchas veces donde familiares “mientras pasa el peligro”, o por alojarse donde algún pariente o amiga, llegando a ser estigmatizados como desplazados y por mostrar comportamientos agresivos son calificados de violentas. (Molina, G, 1997).

La nueva condición de desplazamiento puede afectar directamente la seguridad de la mujer, el manejo de su sentir como persona, generando trastorno de estado de ánimo, en un nuevo medio en donde piensa que no puede desenvolverse, de culpabilidad por no poder atender a los niños, de desconfianza y demás que inciden en la estabilidad emocional de la mujer; siendo la mujer desplazada un ser susceptible no solo ante la crisis económica si no también ante los sentimientos que le producen la nueva situación que debe enfrentar.

Como lo ha referido una investigadora del conflicto armado, con respecto a la violencia que se ejerce contra la mujer, la cual es específica, ya que es en las mujeres desplazadas en quienes recae la mayoría de los casos, todo el peso de la situación producida por la violencia y el desplazamiento como se ha visto, en muchas de ellas, con hijos pequeños, analfabetas o con muy poca escolaridad, asumiendo a su vez la crianza de sus hijos para conservar el núcleo familiar, olvidándose de sí mismas e intentando por todos los medios responder a la demanda de la familia así sea a costa de su propia dignidad (Sánchez O, 2001).

Dicha situación ocasiona traumas que van generando problemas de salud mental, frente a lo cual existe un porcentaje relativamente bajo de atención psicológica en el total de familias desplazadas, la carga emocional que aqueja a la mujer desplazada se puede manifestar en síndromes depresivos o ansiosos la cual se manifiesta en la baja valoración de sí mismo y de toda las acciones que realice (Cervellin y Uribe, 2000).

Las mujeres madres de familia desplazadas entran en un estado cualitativamente diferente al de la tristeza ocasional o de un estado de ánimo ‘decaído’ de carácter transitorio y no patológico, lo cual se considera como Depresión, que no es mas que una enfermedad grave y potencialmente letal que afecta al cuerpo, a la mente y al alma de la persona que queda atrapada bajo su influencia. Interfiere negativa y significativamente con la forma en que un individuo se relaciona con el mundo, en la forma que tiene de relacionarse consigo

mismo, con su círculo social más próximo y en la forma en cómo interpreta su ambiente natural y los acontecimientos que le rodean.

Es por eso que es de suma importancia indagar sobre este trastorno de la depresión que según Beck genera distorsiones y pensamientos negativos y en el cual está basado esta investigación, ya que se ha de reconocer los planteamientos del mismo a través de esta teoría que expone de manera fundamentada la manifestación de la depresión y el desarrollo de esta, por lo cual es a través de la teoría de Beck en que basamos este estudio.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Investigación

El tipo de estudio de la investigación es descriptivo con un diseño transeccional, bajo un paradigma empírico-analítico y cuantitativo, ya que este estudio consiste en describir los síntomas depresivos presentes en la madres de familia en situación de desplazamiento del Barrio Boulevard de la Rosa de la ciudad de Santa Marta, a partir de los datos recolectados en un solo momento y tiempo único (Hernández, Fernández y Baptista 2006). Por lo cual se eligió este tipo de investigación, el cual se fundamenta en especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades, o cualquier otro fenómeno que haya sido sometido análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar, este mide conceptos o variables a los que se refiere, se centra en medir con la mayor precisión posible (Sampieri, 1991).

Definición de Variable

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
<p>Síntomas Depresivos</p>	<p>Beck (1979) Los define como los componentes de la depresión que implican malestar o algún tipo de incapacidad funcional que conlleva sufrimiento.</p>	<p>A través del Inventario de Depresión de BECK, se medirán sus síntomas a nivel de :</p> <p>Síntomas Afectivo Tristeza, sensación de fracaso, sentimiento de culpa, autoaceptación, llanto, irritabilidad.</p> <p>Síntomas Motivacional Insatisfacción, rendimiento laboral.</p> <p>Síntomas Cognitivo Pesimismo, sensación de castigo, indecisión, autocrítica, preocupación somática.</p> <p>Síntomas Conductual Conducta suicida, pasividad, evitación, aislamiento</p> <p>Síntomas Fisiológico Trastorno del sueño, apetito, pérdida de peso y energía, fatigabilidad.</p>	<p>A través del Inventario de BECK se definirán los indicadores de los síntomas depresivos de acuerdo a los rangos establecidos por Aarón Beck en la depresión.</p> <p>Nivel Normal : 0 – 9</p> <p>Nivel Leve : 10 – 18</p> <p>Moderado : 19 -25</p> <p>Moderado Grave 26- 35</p> <p>Nivel Grave: Por encima de 36</p>

Población

La población del presente estudio esta constituido por las 50 madres en situación de desplazamiento del Barrio Boulevard de la Rosa de la ciudad de Santa Marta en las edades de 19 – 59 años; por tratarse esta de una población totalmente pequeña se procedió a trabajar con la totalidad de la misma, objeto de esta investigación, por tanto se definió trabajar con un tipo de muestra no probabilística, ya que se eligió intencionalmente a los sujetos de estudio quienes a su vez son amas de casa inscritas en el programa Presidencial Familias en Acción, el cual es un Programa de la Presidencia de la Republica dirigido a familias del nivel 1 del sisben y familias en situación de desplazamiento con hijos menores de 18 años. Este programa se desarrolla en todo el territorio nacional con una organización departamental y municipal y consiste en proporcionar un apoyo monetario directo a través de subsidio de nutrición y subsidio escolar, además de un acompañamiento en promoción de la educación y la salud familiar.

En el estado preliminar de la investigación se realizo un formato de encuesta aplicado de forma directa a las madres en el que se obtuvo información sobre su ocupación, siendo en su totalidad amas de casa, su estado socioeconómico el cual es bajo, a si mismo su permanencia en el sector en el cual 32 madres tienen 3 años de permanencia, mientras que 10 de ellas llevan 2 años y 8 de las mismas tienen 4 años de permanencia; también se identifico que de las 50 madres 5 son separadas y 5 son viudas, además se determino que las madres son desplazadas de Municipios del Departamento del Magdalena como Fundación, Ciénaga, Plato, Sierra Nevada de Santa Marta y de capitales de otros Departamentos de Colombia como Bucaramanga, Valle del Cauca, y de la Pacha municipio de Bolívar.

Procedimiento

Fase 1: Se identificó el problema de investigación, se planteó, formuló y se justificó teniendo en cuenta los aportes conceptuales de otros autores.

Fase 2: Se pasó a la revisión bibliográfica para establecer los antecedentes de la investigación y se construyó el marco teórico, viabilizando la temática.

Fase 3: Se realizó la elección de la población en el Barrio Boulevard de la Rosa de la ciudad de Santa Marta, con las madres de familia en situación de desplazamiento pertenecientes al Programa Presidencial Familias en Acción de Acción Social de la Presidencia de la Republica, a quienes se les aplicó un formato de encuesta realizado para la recolección de datos socioeconómicos de la población.

Fase 4: Se determinó el diseño de investigación y se seleccionó la prueba a aplicar, donde se estableció utilizar el Inventario de Depresión de Beck (IBD) que mide los síntomas depresivos.

Fase 5: Se aplicó el instrumento a las 50 madres en el Barrio Boulevard de la Rosa en un periodo de cinco (5) días, según el siguiente procedimiento en el cual se definió antes en que consistía la prueba y el motivo de su aplicación para el desarrollo de este estudio a las primeras 20 madres que asistieron en el primer día, ya que por algunos inconvenientes presentados no se contó con la presencia de las demás madres, por lo cual se realizó el mismo procedimiento durante los siguientes 4 días con las madres que tuvieron inconvenientes el día previsto según la asistencia de las mismas en estos días; después de aplicado el instrumento se empezó a trabajar en el procesamiento de los datos obtenidos.

Fase 6: se tabuló la información a través del programa estadístico SPSS 11,5 y se hizo la interpretación de los resultados obtenidos.

Instrumento

Inventario de Depresión de Beck (IBD) (ver anexo).

Es un cuestionario que se utiliza para evaluar a los sujetos que presentan síntomas depresivos, fue diseñado por Aaron Beck en (1961), adaptada al castellano y validada por Conde y Cols (1975).

En Beck y Cols (1979) dan a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vásquez y Sanz en (1991). En este cuestionario el sujeto debe seleccionar en cada uno de los 21 ítems la frase que entre las 4 alternativas de respuesta ofrezca describir mejor sus propios sentimientos. Se determino utilizar este instrumento debido a que mide la totalidad de los síntomas descritos por Beck como característicos de la depresión, por lo cual se eligió el IBD como instrumento único de evaluación dada su Validez y Confiabilidad para la evaluación de síntomas depresivos.

Su validez predictiva como instrumento diagnostico ha sido estudiada en una amplia muestra de población general entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento: sensibilidad 100% especificidad 99%, muestra también una buena sensibilidad al cambio, utilizado en la investigación para la selección de sujetos con una correlación alta, con la mejoría clínica evaluada por expertos, tanto en terapias farmacológicas, como psicológicas. En fiabilidad sus índices psicometricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76- 0,95) (Vásquez y Sanz, 1991).

RESULTADOS

Los resultados muestran la descripción de los síntomas depresivos desde la perspectiva de Aarón Beck, para ello se mostrará la distribución de la población por edad; posteriormente, los síntomas Afectivos, Motivacionales, Cognitivos, Conductuales y Fisiológicos frente a la experiencia de desplazamiento de las madres que fueron sujetos de estudio. Los resultados muestran que la distribución de la población estuvo conformada por 50 personas, como se muestra en la tabla No.1.

TABLA No 1: Distribución Por Edad

RANGO	Frecuencia	Porcentaje
19 - 29	19	38
30 - 39	19	38
40 - 49	7	14
50 - 59	5	10
Total	50	100 %

La distribución muestra que el 76% de las personas estaban en el rango de edad de 19 a 39 años, el resto 24% entre los 40 a 59 años de edad.

En lo que respecta a los resultados de la sintomatología depresiva a partir de los síntomas afectivos, se puede observar lo siguiente:

Los sujetos estudiados manifestaron sentirse triste con un 60% mientras que solo una minoría dicen no sentirse triste (22%), y los 22% restantes respondieron sentirse triste continuamente (ver tabla 2).

TABLA No 2: Distribución por Estado de ánimo (síntoma afectivo)

	Frecuencia	Porcentaje
No me siento triste	11	22
Me siento triste	30	60
Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo	11	22
Total	50	100

Con un porcentaje del 46% los sujetos estudiados sienten que no han fracasado, mientras que una parte con un porcentaje del 32%, creen que han fracasado más que la mayoría de las personas; una minoría manifestó ver fracaso tras fracaso y sentirse totalmente una persona fracasado (ver tabla 3).

TABLA No 3: Distribución por Sensación de Fracaso (síntoma afectivo)

	Frecuencia	Porcentaje
No me siento fracasado	23	46
Creo que he fracasado mas que la mayoría de las personas	16	32
Cuando miro hacia atrás, solo veo fracaso tras fracaso	6	12
Me siento una persona totalmente fracasada	5	10
Total	50	100

La mayoría de los sujetos estudiados manifestaron sentirse culpable en bastantes ocasiones con un porcentaje del 46%, mientras que el 42% manifestó no sentirse especialmente culpable, sólo una minoría con un porcentaje del 8% y 4% expresaron sentirse culpable en la mayoría de las ocasiones y de manera constante (ver tabla 4).

TABLA No 4: Distribución por sentimiento de culpa (síntoma afectivo)

	Frecuencia	Porcentaje
No me siento especialmente culpable	21	42
Me siento culpable en bastantes ocasiones	23	46
Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones	4	8
Me siento culpable constantemente	2	4
Total	50	100

La mayoría de los sujetos manifestaron que no están decepcionadas de sí mismas, con un porcentaje de un 56%, mientras que el 38% manifestaron que sí están decepcionadas de sí mismas; y sólo el 4% opinan que sienten vergüenzas de sí mismas para un total de 50 personas encuestadas (ver tabla 5).

TABLA No 5: Distribución por autocompasión (síntoma afectivo)

	Frecuencia	Porcentaje
No estoy decepcionado de mi mismo	28	56
Estoy decepcionado de mi mismo	19	38
Me da vergüenza de mi mismo	2	4
Total	49	98
Perdidos	1	2
Total	50	100

Los sujetos manifestaron que no lloran más de lo que solían llorar, con un porcentaje del 28%, mientras que el 42% afirmó que ahora lloran más que antes; sólo el 16% manifiesta que lloran continuamente; mientras que el 14% restante contestaron que antes eran capaces de llorar pero ahora no pueden (ver tabla 6) .

TABLA No 6: Distribución por Llanto (síntoma afectivo)

	Frecuencia	Porcentaje
No lloro mas de lo que solía	14	28
Ahora lloro mas que antes	21	42
Lloro continuamente	8	16
Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo.	7	14
Total	50	100

Los sujetos afirmaron que se molestan e irritan más fácilmente que antes, con un porcentaje del 56%; mientras que una minoría, el 16%, manifestó no sentirse irritada más de lo normal, a igual que las personas que afirmaron sentirse irritada continuamente, sólo el 8% expresó no irritarse absolutamente por nada (ver tabla 7).

TABLA No 7: Distribución por irritabilidad (síntoma afectivo)

	Frecuencia	Porcentaje
No estoy mas irritado de lo normal en mi	8	16
Me molesto o irrito mas facilmente que antes	28	56
Me siento irritado continuamente	8	16
No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solía irritarme	4	8
Total	50	100

Los sujetos, en su mayoría, con un porcentaje del 50% cree que no tiene peor aspecto que antes, a diferencia del 44% que afirma parecer más viejo y poco atractivo que antes, mientras que sólo el 4% cree que tiene un aspecto horrible (ver tabla 8).

TABLA No 8: Distribución por imagen corporal (síntoma afectivo)

	Frecuencia	Porcentaje
No creo tener peor aspecto que antes	25	50
Me temo que ahora parezco mas viejo o poco atractivo	22	44
Creo que tengo un aspecto horrible	2	4
Total	49	98
Perdidos	1	2
Total	50	100

En lo que respecta a los resultados de la sintomatología depresiva a partir de los síntomas motivacionales se puede observar lo siguiente:

Como muestra la tabla 9, la mayor frecuencia de los sujetos estudiados afirmaron que no disfrutaban de las cosas tanto como antes, con un porcentaje del 56%, mientras que sólo una minoría dice que las cosas le satisfacen tanto como antes, con un porcentaje del 26%; el resto de la población con un porcentaje mínimo del 8% y del 10% respectivamente manifestaron ya no tener una satisfacción auténtica de las cosas y por lo tanto sentirse insatisfechas.

TABLA No 9: Distribución por insatisfacción (síntoma motivacional)

	Frecuencia	Porcentaje
Las cosas me satisfacen tanto como antes	13	26
No disfruto de las cosas tanto como antes	28	56
Ya no obtengo una satisfacción autentica de las cosas	4	8
Estoy insatisfecho o aburrido de todo	5	10
Total	50	100

Con un mayor porcentaje, 52%, los sujetos de estudio se inclinaron por afirmar que les cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo, mientras que un 40% manifestó que trabajan igual que antes; por otra parte la minoría de la población manifestó tener que obligarse mucho para hacer algo, con sólo un 2%, al igual que los que sintieron que no pueden hacer nada en absoluto (ver tabla 10).

TABLA No 10: Distribución por rendimiento laboral (síntoma motivacional)

	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo igual que antes	20	40
Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo	26	52
Tengo que obligarme mucho para hacer algo	1	2
No puedo hacer nada en absoluto	1	2
Total	48	96
Perdidos	2	4
Total	50	100

En lo que respecta a los resultados de la sintomatología depresiva a partir de los síntomas cognitivos se puede observar lo siguiente:

La mayoría de los sujetos estudiados manifestaron no sentirse desanimados respecto al futuro con un porcentaje del 34%, estableciéndose una diferencia mínima con las personas que manifestaron sentirse desanimadas respecto al futuro con sólo una diferencia del 32%, mientras que el resto de la población con un porcentaje del 10% y del 24% respectivamente manifestaron no esperar nada del futuro, en el cual creen que las cosas no mejorarán (ver tabla 11).

TABLA No 11: Distribución por pesimismo (síntoma cognitivo)

	Frecuencia	Porcentaje
No me siento especialmente desanimado respecto al futuro	17	34
Me siento desanimado respecto al futuro	16	32
Siento que no tengo que esperar nada	5	10
Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejor	12	24
Total	50	100,0

En esta categoría, los sujetos en estudio presentaron un porcentaje igual que fue del 42%, donde afirmaron no considerarse peor que cualquier otro; mientras que el otro 42% manifestaron que se autocriticaban por sus debilidades y errores; sólo el 8% afirmó que

continuamente se culpan por sus faltas y por último afirman que se culpan también por todo lo que le sucede con un porcentaje del 8% (ver tabla 12).

TABLA No 12: Distribución por autocrítica (síntoma cognitivo)

	Frecuencia	Porcentaje
No me considero peor que cualquier otro	21	42
Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores	21	42
Continuamente me culpo por mis faltas	4	8
Me culpo por todo lo malo que sucede	4	8
Total	50	100

En este ítems la gran mayoría de los sujetos opinaron que no creen estar siendo castigadas, por un porcentaje del 46%, a diferencia del otro porcentaje que fue del 28% los cuales opinaron que se sienten como si fuesen a ser castigadas, sólo un 20% y 24% de los sujetos manifestaron que esperan ser castigadas o que sienten que están siendo ya castigadas (ver tabla 13).

TABLA No 13: Distribución por sensación de castigo (síntoma cognitivo)

	Frecuencia	Porcentaje
No creo que este siendo castigado	23	46
Me siento como si fuese a ser castigado	14	28
Espero ser castigado	1	2
Siento que estoy siendo castigado	12	24
Total	50	100

Los sujetos en estudio, con un porcentaje de un 58%, manifestaron que evitan tomar decisiones más que antes; mientras que una minoría de la población (con un porcentaje de un 28%) toman decisiones más o menos como siempre han hecho, un 8% y 6% de la población afirmaron que tomar decisiones les resulta más difícil que antes o que les es imposible tomar decisiones, respectivamente (ver tabla 14).

TABLA No 14: Distribución por indecisión (síntoma cognitivo)

	Frecuencia	Porcentaje
Tomo decisiones mas o menos como siempre he hecho	14	28
Evito tomar decisiones mas que antes	29	58
Tomar decisiones me resulta mucho mas difícil que antes	4	8
Ya me es imposible tomar decisiones	3	6
Total	50	100

La mayoría de los sujetos en estudio, con un porcentaje del 52%, expresaron sentirse preocupados por problemas físicos como dolores y molestias, a diferencia del 32% de ellos que manifestaron no estar preocupados por su salud más de lo normal. El 12% expresaron estar preocupados y por lo tanto sienten que les es difícil pensar en algo más que su salud, sólo el 4% manifiestan estar tan preocupados por sus problemas de salud que se consideran incapaces de pensar en cualquier otra cosa (ver tabla 15).

TABLA No 15: Distribución por preocupación somática (síntoma cognitivo)

	Frecuencia	Porcentaje
No estoy preocupado por mi salud mas de lo normal	16	32
Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias...	26	52
Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil soportarlos	6	12
Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de salir adelante	2	4
Total	50	100

En lo que respecta a los resultados de la sintomatología depresiva a partir de los síntomas conductuales se puede observar lo siguiente:

El 52% de los sujetos estudiados manifestaron no haber perdido el interés por los demás; con una diferencia del 32% de la población, quienes afirman estar menos interesados en los demás que antes; mientras que sólo un 12% y un 4% manifestaron haber perdido la mayor parte de su interés por los demás (ver tabla 16).

TABLA No 16: Distribución por aislamiento (síntoma conductual)

	Frecuencia	Porcentaje
No he perdido interés por los demás	26	52
Estoy menos interesado en los demás que antes	16	32
He perdido la mayor parte de mi interés por los demás	6	12
He perdido todo el interés por los demás	2	4
Total	50	100

Los sujetos estudiados, en su mayoría, consideraron que no tienen ningún pensamiento de suicidio, con un porcentaje del 64%, mientras que el otro 28% contestaron que a veces piensan en suicidarse pero no lo cometerían; sólo un 2% opina que desearían suicidarse; el resto de la población afirma que se suicidaría si tuviera la oportunidad siendo este en un porcentaje del 4% (ver tabla 17).

TABLA No 17: Distribución por conducta o ideación suicida (síntoma conductual)

	Frecuencia	Porcentaje
No tengo ningún pensamiento de suicidio	32	64
A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería	14	28
Desearía suicidarme	1	2
Me suicidaría si tuviese la oportunidad	2	4
Total	49	98
Perdidos	1	2
Total	50	100

En lo que respecta a los resultados de la sintomatología depresiva a partir de los síntomas fisiológicos se puede observar lo siguiente:

La mayoría de los sujetos evaluados manifestaron que no duermen también como antes, con un porcentaje del 50%, mientras que el 28% de la población manifestó dormir también como siempre, una minoría con el 16% afirmaron que se despiertan una o dos horas antes de lo habitual, por otra parte un 6% se despierta varias horas de lo habitual y no pueden dormir (ver tabla 18).

TABLA No 18: Distribución por trastornos del sueño (síntoma fisiológico)

	Frecuencia	Porcentaje
Duermo tan bien como siempre	14	28
No duermo tan bien como antes	25	50
Me despierto una o dos horas antes de lo habitual....	8	16
Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo	3	6
Total	50	100

En esta categoría del BDI, se presenta una distribución igual (del 46% para cada uno) entre sujetos que afirmaron que su apetito no ha disminuido y otra parte de los sujetos que manifestaron que no tienen tan buen apetito como antes, mientras que una minoría del

6% y 2% respectivamente afirmaron que ahora tienen menos apetito que antes o que han perdido completamente el apetito (ver tabla 19).

TABLA No 19: Distribución por apetito (síntoma fisiológico)

	Frecuencia	Porcentaje
Mi apetito no ha disminuido	23	46
No tengo tan buen apetito como antes	23	46
Ahora tengo mucho menos apetito	3	6
He perdido completamente el apetito	1	2
Total	50	100

La mayoría de los estudiados manifestó, en un 50%, que últimamente ha perdido poco peso, por otra parte se presentó una igualdad entre las personas que han perdido más de 2 ½ kilos y las que ha perdido más de 4 kilos con un igual porcentaje, del 24%, sólo el 2% manifestó estar a dieta para adelgazar (ver tabla 20).

TABLA No 20: Distribución por pérdida de peso (síntoma fisiológico)

	Frecuencia	Porcentaje
Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada	25	50
He perdido mas de 2 kilos y medio	12	24
He perdido mas de 4 kilos	12	24
Estoy a dieta para adelgazar	1	2
Total	50	100

La mayoría de los sujetos evaluados, en un 46%, manifestaron que no han observado ningún cambio en su interés por el sexo, mientras que un 32% manifestaron estar menos interesadas por el sexo que antes, sólo un 10 % y 12% restante afirmaron estar muchos menos interesadas por el sexo, y perder totalmente su interés por el sexo (ver tabla 21).

TABLA No 21: Distribución por pérdida de la energía (síntoma fisiológico)

	Frecuencia	Porcentaje
No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo	23	46
Estoy menos interesado por el sexo que antes	16	32
Estoy mucho menos interesado por el sexo	5	10
He perdido totalmente mi interés por el sexo	6	12
Total	50	100

La mayor parte de los sujetos estudiados expresaron que se cansan más fácilmente que antes con un porcentaje del 48%; a diferencia del 42% de la población que afirmó no sentirse más cansada de lo normal; mientras que la minoría en un porcentaje del 8% y 2% respectivamente, expresaron que se cansan en cuanto hacen cualquier cosa (ver tabla 22).

TABLA No 22: Distribución por fatigabilidad (síntoma fisiológico)

	Frecuencia	Porcentaje
No me siento mas cansado de lo normal	21	42
Me canso mas facilmente que antes	24	48
Me canso en cuanto hago cualquier cosa	4	8
Estoy demasiado cansado para hacer nada	1	2
Total	50	100

Como se puede ver en la siguiente tabla, en lo que respecta a la prevaecía de los síntomas depresivos, teniendo en cuenta los síntomas especificados con anterioridad, se identificaron cuatro síntomas relacionados al Afecto, tales son; Tristeza, con 60% en la frecuencia, irritabilidad fácil (56%), Sentimiento de culpa (46%), llanto (42%).

TABLA No 23: Prevaecía de Síntomas Afectivos

Síntoma del afecto	Prevaecía (%)
Me siento triste	60
Me molesto o irrito mas facilmente que antes	56
Me siento culpable en bastantes ocasiones	46
Ahora lloro mas que antes	42

Otro síntoma que prevalece es el Motivacional, con ítems en el que los sujetos dicen no disfrutar las cosas como antes (56%) y me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo (52%) (ver tabla 24).

TABLA No 24: Prevalencia de Síntomas Motivacionales

Síntoma de la motivación	Prevalencia (%)
No disfruto de las cosas tanto como antes	56
Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo	52

En lo que concierne a los Síntomas Cognitivos, prevalecen dentro de los síntomas depresivos (ver tabla 25), los de evitar tomar decisiones más que antes (58%) y estar preocupado por problemas físicos como dolores (52%).

TABLA No 25: Prevalencia de Síntomas Cognitivos

Síntoma de la cognición	Prevalencia (%)
Evito tomar decisiones mas que antes	58
Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias...	52

En los síntomas conductuales prevalecieron, no tengo ningún pensamiento de suicidio con un (64%) y no he perdido interés por los demás en un (52%), (ver tabla 26).

TABLA No 26: Prevalencia de Síntomas Conductuales

Síntoma de lo conductual	Prevalencia (%)
No tengo ningún pensamiento de suicidio	64
No he perdido interés por los demás	52

En cuanto al Síntoma Fisiológico, de los identificados en él, tenemos el de no dormir bien como antes con una prevalecía porcentual de (50%), me canso mas fácilmente que antes (48%), (ver tabla 27).

TABLA No 27: Prevalecía de Síntomas Fisiológicos

Síntoma de lo fisiológico	Prevalecía (%)
No duermo tan bien como antes	50
Me canso más fácilmente que antes	48

Se puede notar que de los 21 síntomas totales evaluados, o sea, 7 síntomas afectivos, 2 síntomas motivacionales, 5 síntomas cognitivos, 2 síntomas conductuales y 5 síntomas fisiológicos; 12 de ellos prevalecen porcentualmente. Entonces podemos resumirlos así: 4 son síntomas afectivos, 2 motivacionales, 2 cognitivos, 2 conductuales y 2 fisiológicos, con porcentajes no mayores del 60% en su mayoría.

En lo que respecta a establecer a la identificación del nivel de depresión en las madres sujetos de estudio, mediante el procedimiento evaluativo que proporciona el instrumento de Beck utilizado en ésta investigación, se puede observar que la Línea de dispersión se encuentra en una distribución normal en MODERADO, y el 10% de la muestra presenta un Nivel GRAVE de depresión (ver tabla 28 y Gráfica 1), lo que quiere decir que la mayoría de los sujetos estudiados (90%) presentan un nivel Moderado de Depresión.

GRÁFICA 1: Dispersión del Nivel de Depresión

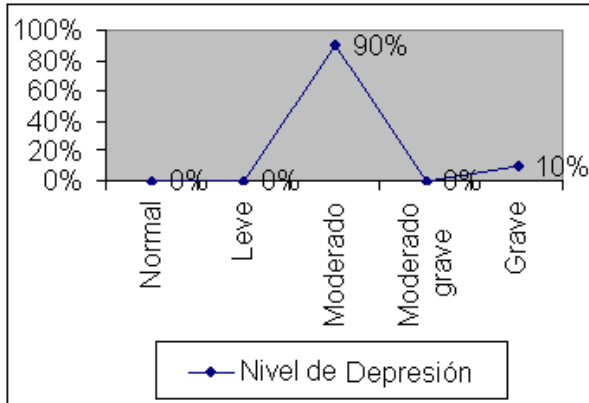


TABLA No. 28: Distribución por Nivel de Depresión

RESPUESTAS	PUNTUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Normal	0 – 9	0	0
Leve	10 – 18	0	0
Moderado	19 – 25	45	90
Moderado grave	26 – 35	0	0
Grave	Por encima de 36	5	10
TOTAL		50	100%

INTERPRETACIÓN

Del análisis cuantitativo realizado con base en la información que nos arrojó los resultados, vemos que de 21 ítems específicos del instrumento aplicado (BDI) para medir la presencia de síntomas depresivos, prevalecen 12 de los mismos (porcentualmente hablando) lo que nos quiere decir, de forma cuantitativa, que los síntomas depresivos se encuentran presentes. De este modo, dada la distribución de las respuestas de cada ítem, estadísticamente los sujetos encuestados presentan bajo estado de ánimo, poca satisfacción personal, sentimientos de culpa, autocrítica negativa, desánimo, irritabilidad, autonomía afectada, sueño y vigilia alterado, estado físico poco eficiente, alteración de la alimentación, peso corporal en disminución, salud física un poco deteriorada, asociados todos estos factores a los conflictos de desplazamiento.

Si se observa con detenimiento lo dicho con anterioridad, concuerda con la característica esencial de la Depresión, que según Fernández & Álvarez, (2000) “es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores, los cuales deben tener un periodo de al menos 2 semanas durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades” (p. 36). El sujeto también debe experimentar al menos 4 síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa el cual implica evaluaciones negativas no realistas del propio valor o preocupación y culpa referidas a pequeños errores pasados, dificultad para pensar, concentrarse con facilidad o quejarse de falta de memoria, y pensamientos recurrentes de muerte, ideación o intentos suicidas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico, significativo o de

un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (First y Spitzer, R, 1998. p. 326).

En cuanto a los síntomas motivacionales, desde un punto de vista de la estadística descriptiva y la teoría de Beck, los sujetos (56%), dicen no disfrutar de las cosas tanto como antes. En cuanto a la característica sobresaliente de los síntomas Cognitivos, con un 58% de prevalecía, los sujetos evitan tomar decisiones más que antes. En cuanto al síntoma afectivo, la prevalecía es que los sujetos se sienten tristes (60%). El síntoma conductual predominante, si embargo, es que los sujetos no han tenido ningún pensamiento de suicidio (64%), siendo esto una de los aspectos que hacen que el nivel de Depresión sea Moderado. EL síntoma fisiológico predominante, con una prevalecía del 50% es que los sujetos no duermen tan bien como antes.

Por otra parte, aunque por su análisis estadístico no se puede considerar como un factor de riesgo en los sujetos estudiados, cualitativamente encontramos un elemento que representa una “voz” de alerta dada sus implicaciones clínicas, tal es el caso de “**PENSAMIENTOS DE SUICIDIO**”, pues aunque el 64% de la muestra no tiene ningún pensamiento de suicidio, un 30% tienen ideación suicida aunque sin planes específicos de cometer el acto, mientras que el 6% de los sujetos encuestados tienen ideación suicida con planes de cometer el acto, hecho que a pesar de encontrarse en menor porcentaje es de suma importancia, siendo una situación a valorar y tener en cuenta, ante la realidad de tratarse de vidas humanas que piensan que la solución a sus problemas esta en atentar contra sus propias vidas reflejando la complicación y crisis del estado depresivo.

Beck, sugiere que las personas, en cierto modo, sufren por defender filosofías vitales centradas en perseguir sus metas personales de modo exigente, absolutista e irracional. Lo que sugiere que las madres de familia en situación de desplazamiento se encuentran sufriendo estas condiciones, ya que por sus experiencias negativas tienden a

manifestar una interpretación sesgada de la misma, surgiendo expectativas negativas sobre el éxito de cualquier actividad que emprendan, y en la cual influyen una serie de síntomas precisamente de tipo afectivo, cognitivo, conductual, motivacional, fisiológico como consecuencia de mantener pensamientos y percepciones excesivamente negativas hacia la visión que tiene el sujeto de si mismo, del mundo, y el futuro (triada cognitiva) de la cual se desarrollan dichos síntomas que pueden identificarse como los componentes o manifestaciones de la depresión que generan en el individuo un sufrimiento y una incapacidad funcional, afectando a nivel emocional, psicológico, físico, afectivo, la salud mental del individuo quien tiende a interpretar sus experiencias y problemas externos como abrumadores e irresolubles (Beck 1976).

En el caso específico del fenómeno del desplazamiento forzoso evento o situación externa que a raíz del desarraigo produce un impacto en la identidad, estilo de vida y cotidianidad del sujeto al afectarse también su economía y modo de producción, considerando la pérdida de seres queridos, puede conllevar sin duda alguna a la manifestación de síntomas depresivos en donde la presencia de estos evidencia la alteración del estado de ánimo caracterizado por la tristeza o pérdida de la alegría, en la que el individuo a raíz de la experiencia del desplazamiento forzoso también puede experimentar sentimientos de rechazo, y fracaso donde pueden llegar a considerar que el mundo es demasiado duro y difícil para lograr sus metas al perder la confianza en quienes le rodean, generando una capacidad de confrontación y solución mínimas al considerar que no tienen posibilidades y oportunidades de solucionar sus problemas y regresar a sus lugares de origen por lo que perciben al desplazamiento forzoso como un evento interminable.

De otro modo, se entiende por cognición a las representaciones internas, de ideas, razonamientos, y discursos del paciente, por lo cual según los resultados encontrados en este estudio, los síntomas cognitivos que presentaron los sujetos objeto de estudio como la

autocrítica, y la indecisión en la que el factor mas prevalente fue el evitar tomar decisiones, sumado a la preocupación por problemas físicos son el reflejo de la representaciones internas en la que el individuo, en este caso las Madres de familia del Barrio Boulevard de la Rosa, tienden a presentar interpretaciones erróneas a raíz de la situaciones generadas por el desplazamiento y que han experimentado en su ambiente y entorno, realidad que también influye en las emociones de las mismas. De manera que la teoría cognitiva analiza las interacciones entre las cogniciones y las emociones, y entre esta interacción cognición-emoción y el comportamiento observable dentro de un sistema o ámbito en el cual se desarrolla, ya que la cogniciones (verbales o visuales) son el reflejo del proceso de información utilizado por cada individuo, que se expresa como representaciones internas; es así como el rótulo de cognitivo se aplica a las estructuraciones del proceso de pensamiento. Beck, (2002) al definirlo, hacen referencia a “pensamientos, imágenes, sueños despiertos y a los resultados de tales procesos” (p. 48).

A partir del fenómeno del desplazamiento en el grupo de sujetos estudiados, desde la corriente inaugurada por Beck & Lewisohn (1985) propuso “un modelo integrado, multifactorial de la etiología y mantenimiento de la depresión que intenta reflejar la complejidad de este trastorno. Se considera como un producto de factores tanto ambientales como disposicionales; de modo más específico la depresión se conceptualiza como el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones. Mientras que los factores situacionales son importantes como “desencadenantes” del proceso depresogénico, los factores cognitivos son esenciales como “moderadores” de los efectos del ambiente” (p. 66).

En esta investigación con base en los resultados expuestos anteriormente en cuanto a los síntomas prevalecientes en la madres de familia; al resultar la tristeza como el factor mas frecuente en lo afectivo, se confirma que es el componente negativo mas característico

de este síntoma, ya que la apatía y falta de alegría ante tal evento es determinante en la mujer que como madre, esposa, hija o viuda es uno de los géneros mas vulnerables y afectados por el desplazamiento.

En lo motivacional es un hecho que después de vivir dicha experiencia ha sido predominante en las madres de familias el no disfrutar de las cosas tanto como antes, ya que como se ha mencionado anteriormente el hecho de desarraigo de sus tierras, bienes, casas, labores, costumbres, familiares, produce una perdida en que los cambios adaptativos y motivacionales son muy difíciles de sobrellevar.

En lo cognitivo, el evitar tomar decisiones mas que antes es otro de los factores que refleja la incapacidad de poder generar soluciones al pensar de que nada de lo que hagan podría ayudarles refugiándose en la evitación y confrontación de la realidad, en lo conductual aunque la mayoría manifestó no tener ningún pensamiento de suicidio es necesario tener en cuenta los anteriores síntomas y estar alertas ya que la conducta con tendencia al suicidio implica un factor de riesgo, teniendo en cuenta cuando la persona expresa que ha pensado en tal conducta, pero no lo cometería”. En las manifestaciones cognitivas, hay personas que distorsionan actitudes hacia ellas mismas, sus experiencias y su futuro; tienen autoevaluaciones bajas, distorsiones de su imagen, expectativas negativas, autoculpa e indecisión. Las alteraciones intelectuales o cognitivas incluyen una sensopercepcion disminuida, baja en la atención y en el estado de alerta, dificultades para la comprensión y trastornos en la memoria. (Beck, 1970)

En los síntomas fisiológicos, el no dormir tan bien como antes implica la preocupación permanente en este caso especifico de la madres de familia al ver sus calidad de vida deteriorada y en la que la salud mental de estas es de suma importancia para el equilibrio, y mantenimiento de sus proyecto de vida en familia en donde entonces de manera evidente es fundamental ofrecer servicios y programas no solo de ayuda en salud

física, vivienda, alimentación, si no que también el componente psicológico sea valorado y tenido en cuenta en la ayuda humanitaria ofrecida a los mismos para que haya una ayuda integral en la búsqueda de un mejoramiento de la calidad de vida de las mismas y sus familias.

Ya que el impacto de pérdida (bienes, tierras, seres queridos, vivienda) generada por el fenómeno del desplazamiento puede causar un daño significativo en el ámbito psicológico en la que el individuo vulnerable ante tal evento puede responder con una perturbación profunda llamada depresión.

Es así que uno de los aspectos cognitivos mas notables de la depresión directamente relacionada con el estado de animo es el recuerdo selectivo de las experiencias desagradables en la que el individuo depresivo es propenso hacer una selectividad de su percepción ha cerca de los hechos ordinarios de su vida; siendo hipersensible a los estímulos que le sugieren una pérdida e insensible a los que le representan una ganancia, por lo tanto el individuo comienza a sacar conclusiones cada vez mas negativas y extremas causando un desequilibrio psicológico y generando una reacción en cadena que a medida que avanza se extiende a la generalización negativa del individuo hacia si mismo, su mundo, y futuro, puede comenzar a considerarse como permanentemente empobrecido tanto financieramente como en sus satisfacciones emocionales, tales ideas perjudican su capacidad y motivación de enfrentamiento ante los eventos adversos.

Los síntomas como la tristeza, la actividad física disminuida, los problemas de insomnio, hacen parte de la reacción en cadena que se genera dentro el sistema psicológico, de ahí que cuando el individuo experimenta tristeza, su pesimismo generalizado le lleva a concluir “siempre estaré triste”. Esta conclusión le lleva a mayor tristeza que además la interpreta en sentido negativo. De igual forma piensa: “Nunca volveré a ser capaz de comer ni de dormir bien “y concluye que se esta físicamente echando a perder. Estas diversas

manifestaciones generan un desorden (en su productividad disminuida, huida de responsabilidad, o retirada de las demás personas) volviéndose cada vez mas critico consigo mismo, en la que sus autocríticas lo pueden llevar a una tristeza mas profunda entrando en un circulo vicioso (Aarón Beck, 1976).

De ahí el hecho de que estas manifestaciones o síntomas depresivos como tristeza, insomnio o no dormir tan bien como antes, no disfrutar de la cosas como antes, evitar tomar decisiones reflejada en la actividad física disminuida sean los síntomas prevalentes en esta investigación, coincidiendo así la realidad del individuo que sufre un episodio de depresión en este caso relacionado con el fenómeno del desplazamiento en madres de familia con la teoría cognitiva de la depresión expuesta por Aarón Beck teoría que reflejo a través del instrumento aplicado Inventario de la Depresión de Beck, la evaluación de diversos síntomas, unos menos prevalentes que otros en los resultados arrojados por el mismo; pero de igual importancia, y cuidado como la ideación suicida.

El suicidio es la complicación letal de la depresión (Beck 1976). De tal manera que se debe tener un mayor conocimiento y trato de los diversos componentes afectivos, motivacionales, cognitivos, conductuales, fisiológicos de la depresión, ya que en componentes como el conductual en el que radica la conducta de querer cometer un suicidio se refleja uno de los mayores riesgos en la población propensa a desarrollar un nivel de depresión mas elevado o grave, a pesar que en esta investigación el nivel de depresión en los sujetos evaluados fue moderado el pensamiento o conducta suicida puede darse en un nivel moderado tal como lo expone Aarón Beck (1976) “incluso un paciente con depresión de intensidad moderada puede llegar al suicidio” (p. 19), de modo que no podemos ignorar la depresión quien surge de una perdida percibida o real y afecta los diversos componentes afectivos, conductuales, motivacionales, cognitivos, y fisiológicos del sujeto a través de sus síntomas (tristeza, pesimismo, autocrítica, insomnio, falta de

energía, etc.), como lo expone esta investigación donde se concluye y se comprueba la presencia de síntomas depresivos en las madres de familia del barrio boulevard de la rosa a raíz de haber sufrido el desplazamiento interno y el desarraigo de su lugar de origen y en la que a través del instrumento aplicado (IBD) conforme a la teoría en la que se fundamenta la investigación, teoría de Aarón Beck se evidencia los síntomas depresivos en cada uno de los componentes, unos en mayor porcentaje que otros según los resultados de la evaluación realizada, pero que en su totalidad representan un factor de riesgo en la salud mental y equilibrio psicológico en los sujetos objeto de estudio.

Demostrándose que tanto la población evaluada quien presento en su mayoría un nivel de depresión moderado como toda la población en general que ha sufrido desplazamiento forzoso convirtiéndose en población vulnerable, necesita sin duda alguna de la atención, orientación y tratamiento psicológico ante las dificultades generadas por el mismo y la falta de capacidad para enfrentarlas ante la experiencia vivida y su identificación con ellos mismos como personas refugiadas fuera de sus lugares de origen ; por lo cual no solamente deben tenerse en cuenta sus necesidades básicas (alimentación, educación, vivienda, salud física) si no también sus necesidades de tipo emocional, mental u psicológico ; por lo que se requiere que se les brinde a esta población vulnerable la oportunidad de la atención psicológica a través de la valoración de la misma en dicha población para la promoción y prevención de trastorno mentales como la depresión, para un mejor bienestar y calidad de vida en una población en donde una de las mayores afectadas son la madres de familia, población objeto de estudio de esta investigación y en la que se debe tener también como prioridad la atención psicológica teniendo en cuenta que un 10% de la población objeto de estudio presento un nivel grave de depresión según el (IBD) que aunque no fue un resultado significativo en mayor porcentaje, si representa una alerta ante la situación dramática generada por el desplazamiento forzoso y en la que es de suma

importancia y relevancia el componente psicológico en la salud mental y equilibrio emocional de los mismos.

De manera que a raíz de los resultados obtenidos en este estudio, se confirma que dicha alteración, en este caso la depresión en los sujetos objeto de estudio es uno de los trastornos mas frecuentes presentado en la actualidad por las personas que sufren una condición situacional compleja.

CONCLUSIONES

En el marco del proceso Investigativo llevado a cabo se pudo confirmar que las 50 madres de familia evaluadas del Barrio Boulevard de la Rosa entre las edades de 19 y 59 años presentaron síntomas depresivos de tipo afectivo, motivacional, cognitivo, conductual y fisiológico.

Los síntomas mas prevalecientes fueron los síntomas de tipo afectivo, donde los ítems señalados con mayor frecuencia fueron, Me siento triste con un 60% de prevalecía y Me irrito mas fácilmente que antes con un 56%. 45 de las madres evaluadas presentaron un nivel de depresión moderado con un predominio del 90% seguida de un nivel de depresión grave en un 10%, no se presento depresión en nivel normal o leve, por parte de los sujetos objeto de estudio, por los cual estos resultados pueden considerarse como un factor de riesgo en medio de la población evaluada, demostrando la importancia de establecer la atención u orientación psicológica a los sujetos en situación de desplazamiento forzado; evento que puede afectar el estado de animo, el afrontamiento y adaptación del individuo ante la experiencia vivida, en que alteraciones como la depresión y sus síntomas pueden estar presentes como lo demuestra esta investigación. Siendo necesario entonces tomar en cuenta lo planteado por la teoría de Aarón Beck a través de la terapia cognitiva de la depresión en la que el modelo cognitivo expuesto aporta al conocimiento del significado que el sujeto le da a un evento negativo, identificando sus distorsiones y pensamientos negativos que a su vez pueden afectar su comportamiento a nivel afectivo, motivacional, conductual, cognitivo, y fisiológico ante la situación negativa experimentada, incluyendo su visión de si mismo, mundo y futuro (triada cognitiva).

De manera que los resultados de esta investigación representan una alerta para la atención psicológica a la población en situación de desplazamiento, enfatizando en la necesidad de la prevención y tratamiento de la depresión como un trastorno que puede ser predominante en esta población vulnerable, que requiere también de la valoración de su salud mental para el mejoramiento de su bienestar físico, emocional y psicológico en miras de su calidad de vida.

RECOMENDACIONES

En base a la experiencia de la realización de este estudio, se hace necesario presentar las siguientes recomendaciones.

En el orden de lo teórico:

A los Futuros Investigadores para que realicen estudios exploratorios que les permita hacer generalizaciones del fenómeno del desplazamiento a partir de la profundización en el estudio del mismo.

Se recomienda a los Estudiantes Universitarios abordar esta problemática de la depresión asociada al desplazamiento a través de estudios correlacionales, en donde se relacionen la teoría de Aarón Beck con otras teorías afines, que enriquezcan esta temática para la concientización de la comunidad en general ante esta realidad.

A la Institución Universitaria para que los resultados puedan ser publicados a las diferentes entidades y organismos que trabajan en el área psicosocial con la personas en situación de desplazamiento, las cuales puedan utilizar estos resultados como punto de partida en el diseño de programas de evaluación e intervención a nivel psicológico con los mismos.

En lo que respecta al fenómeno de estudio de esta investigación se recomienda a la comunidad educativa hacer una profundización de la misma en las diferentes poblaciones y variables de estudio.

En el orden de lo clínico

Realizar una valoración en salud mental de la población en situación de desplazamiento a fin de conocer sus necesidades psicológicas.

Diseñar programas de acción en salud mental para la población desplazada en la ciudad de Santa Marta, haciendo énfasis en la prevención de enfermedad mental como la depresión.

Realizar intervenciones terapéuticas encaminadas al tratamiento psicológico de la población vulnerable en situación de desplazamiento, con el fin de mejorar su capacidad de afrontamiento, y adaptación a su nueva condición de vida después de la experiencia vivida.

Diseñar un estudio epidemiológico que permita identificar el impacto de la intervención en salud mental en medio de la comunidad u población desplazada.

En el orden de lo metodológico

Escoger una población y muestra de más amplitud con características similares donde se determine en la población en situación de desplazamiento además de las condiciones de tipo psicológico, otras condiciones, de manera extensa como sus características propias de tipo social, educativo, y de salud.

Diseñar investigación a nivel experimental donde se indague de manera profunda los cambios generados en la población por la problemática del desplazamiento forzado.

Implementar instrumentos de evaluación que contribuyan a la recolección de información, en relación con el fenómeno del desplazamiento y otras alteraciones psicológicas además de la depresión como la ansiedad y estrés.

BIBLIOGRAFÍA

- Antonini, Cecelia. (2007). Depresión: un Mal de Nuestros días. Recuperado <http://www.respuestasaladepresion.com/queesladepresion/queesladepresion>
- Arias, V. y Bohórquez, I. (2005) Documentos MMP Medios para la Paz, Bogotá.
- Arias, C. (2004). Evaluación de los Síntomas Depresivos según el Inventario de Depresión de Beck en los Estudiantes Universitarios de la Facultad de Farmacia y Bionalisis. Merida, Venezuela. Universidad de los Andes. Revista de la Facultad de Farmacia. Volumen (46).
- Beck, A., y Rush, J. (2002). Terapia Cognitiva de la Depresión. N.d: Brouwer S.A., Editorial Declée, 16 Edición.
- Benavides, J. (mayo de 2007). El Papel Protagonico de la Mujer en el Desplazamiento Forzado. Recuperado en <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/rut/22/08mujer.htm>
- Cervellin, S., y Uribe, F. (2000). Desplazados. Aproximación psicosocial y abordaje terapéutico. Bogotá: Editorial Kimpres..
- CONFERENCIA EPISCOPAL DE COLOMBIA. SECRETARIADO NACIONAL DE PASTORAL SOCIAL. Sistema de Información RUT. Junio de 2004.
- Constitución Política de Colombia. 1991.
- CODHES-UNICEF.. “Un país que huye. Desplazamiento y violencia en una nación fragmentada”: Consultoría para el desplazamiento forzado y los Derechos Humanos. Mayo de 1999. www.derechos.org

Consultoría para los derechos Humanos y el Desplazamiento - CODHES -, Codhes Informa.

Mujer desplazada : violencia y discriminación. Edición Especial No 3. Boletín febrero, Santafé de Bogotá, 1997.

FUPAD, USAID, OIM. (2006). Declaración Anual Del Programa Para La Región Caribe. Bogotá.

First, M, y Spitzer, R. (1998). Manual Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson S.A.

Guevara, R. (2000). Mujer Desplazada por el Conflicto Armado, Situación de Género Cali, Popayán. Cali: Universidad del valle.

Lewinshon, P y cols. (1997). Tratamiento conductual de la depresión unipolar. En V.E.Caballo: Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicologicos. Volumen 1. n.d: Ed.Siglo XXI.

Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV 1995. Masson SA

Meertens, D., y Segura, N. (2001). Mujer desplazada y violencia. Bogotá: Coyuntura.

Molina, G. (1997). N.D. Bogotá: Facultad de Derecho U.N. Unidad de Investigación Jurídica y Social

Puchole, David. (n.d). La Depresión Clave Esencial para su comprensión. N.d: n.d.

REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA. (2005). LAROUSSE, Diccionario Enciclopédico. Buenos Aires: Ed. Larousse.

Suares, Danilo. (2003). Un País Que Huye: Desplazamiento y Violencia en una Nación Fragmentada. Bogotá: Editorial Gente Nueva.

WordReference.com *Diccionario de la lengua española, recuperado en mayo de 2007 en*
<http://www.wordreference.com/definicion/depresi%C3%B3n>

www.definicion.org/depresion, visitado en mayo de 2007

http://geosalud.com/salud_mental_prof/depresion_concepto.htm, visitado en mayo de 2007

http://www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/que_es_el_afecto.html, visitado en mayo de 2007.

<http://www.mailxmail.com/cursos/excelencia/desarrollpensamiento/capitulo7>, visitado en mayo de 2007.

ANEXO

Anexo1: Inventario de la Depresión de Aaron Beck.

BDI

Identificación..... Fecha.....

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

- 1) 0 No me siento triste.
1 Me siento triste.
2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

- 2) 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
1 Me siento desanimado respecto al futuro.
2 Siento que no tengo que esperar nada.
3 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

- 3) 0 No me siento fracasado.
1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
3 Me siento una persona totalmente fracasada.

- 4) 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

- 5) 0 No me siento especialmente culpable.
1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3 Me siento culpable constantemente.

- 6) 0 No creo que esté siendo castigado.
1 Me siento como si fuese a ser castigado
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.

- 7) 0 No estoy decepcionado de mí mismo.
1 Estoy decepcionado de mí mismo.
2 Me da vergüenza de mí mismo.
3 Me detesto.

BDI

Identificación..... Fecha.....

- 8) 0 No me considero peor que cualquier otro.
1 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
2 Continuamente me culpo por mis faltas.
3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9) 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
2 Desearía suicidarme.
3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
- 10) 0 No lloro más de lo que solía.
1 Ahora lloro más que antes.
2 Lloro continuamente.
3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
- 11) 0 No estoy más irritado de lo normal en mí.
1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2 Me siento irritado continuamente.
3 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
- 12) 0 No he perdido el interés por los demás.
1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
3 He perdido todo el interés por los demás.
- 13) 0 Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
1 Evito tomar decisiones más que antes.
2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3 Ya me es imposible tomar decisiones.
- 14) 0 No creo tener peor aspecto que antes.
1 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
2 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
3 Creo que tengo un aspecto horrible.

BDI

Identificación..... Fecha.....

- 15) 0 Trabajo igual que antes.
1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
2 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
3 No puedo hacer nada en absoluto.
- 16) 0 Duermo tan bien como siempre.
1 No duermo tan bien como antes.
2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
- 17) 0 No me siento más cansado de lo normal.
1 Me canso más fácilmente que antes.
2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18) 0 Mi apetito no ha disminuido.
1 No tengo tan buen apetito como antes.
2 Ahora tengo mucho menos apetito.
3 He perdido completamente el apetito.
- 19) 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
1 He perdido más de 2 kilos y medio.
2 He perdido más de 4 kilos.
3 He perdido más de 7 kilos.
Estoy a dieta para adelgazar: SI ____ NO ____
- 20) 0 No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
2 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
- 21) 0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
1 Estoy menos interesado por el sexo que antes
2 Estoy mucho menos interesado por el sexo
3 He perdido totalmente mi interés por el sexo

TOTAL: