

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN, DE ACUERDO A VARIABLES SOCIO-
DEMOGRÁFICAS, EN LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL DESPLAZAMIENTO
FORZADO POR LA VIOLENCIA RESIDENCIADA EN EL MUNICIPIO DE SAN
PABLO (NARIÑO)**

GUILLERMO ANCIZAR MUÑOZ CERÓN

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
San Juan de Pasto, Mayo de 2008**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN, DE ACUERDO A VARIABLES SOCIO-
DEMOGRÁFICAS, EN LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL DESPLAZAMIENTO
FORZADO POR LA VIOLENCIA RESIDENCIADA EN EL MUNICIPIO DE SAN
PABLO (NARIÑO)**

GUILLERMO ANCIZAR MUÑOZ

**PS. ESP. NUBIA ROCIO SANCHEZ
ASESORA**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
San Juan de Pasto, Mayo de 2008**

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO.....	3
LISTA DE TABLAS.....	6
LISTA DE FIGURAS.....	9
RESUMEN.....	11
ABSTRACT.....	12
INTRODUCCIÓN.....	13
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	14
Descripción del problema.....	14
Formulación del Problema.....	16
Sistematización del Problema.....	16
JUSTIFICACIÓN.....	17
OBJETIVOS.....	18
Objetivo General.....	18
Objetivos específicos.....	18
MARCO DE REFERENCIA.....	19
Contextualización.....	19
MARCO TEÓRICO.....	23
Depresión.....	23
Perspectiva histórica de la depresión.....	23
Concepto de Depresión.....	24
Síntomas Clínicos de la Depresión.....	25
Síntomas afectivos.....	25
Síntomas cognoscitivos.....	25
Síntomas conductuales.....	25
Síntomas fisiológicos.....	26
Explicaciones socioculturales de la depresión.....	26
Estrés y Depresión.....	28
Género y depresión.....	29

Plan de Análisis de Datos.....	70
Estadística Descriptiva.....	70
Medidas de tendencia central.....	71
Medidas de dispersión.....	72
RESULTADOS.....	75
Aplicación de instrumento.....	75
Análisis psicométrico de la prueba.....	75
Características de la población.....	78
Prevalencia de depresión en la población en situación de desplazamiento.....	87
Determinación de niveles de depresión para la población en situación de desplazamiento.....	89
Análisis comparativo de las medias obtenidas por la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia de acuerdo con las variables socio-demográficas.....	102
DISCUSIÓN.....	115
CONCLUSIONES.....	126
RECOMENDACIONES.....	128
REFERENCIAS.....	130
ANEXOS.....	134
Anexo A.....	135
Anexo B.....	136
Anexo C.....	137

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Ficha geográfica del municipio de San Pablo.....	20
Tabla 2. Validez de los ítems de la CES-D en la población.....	76
Tabla 3. Análisis factorial CES – D.....	77
Tabla 4. Resumen estadístico de la edad de la población en situación de desplazamiento.....	78
Tabla 5. Resumen estadístico de la edad y género de la población en situación de desplazamiento.....	79
Tabla 6. Distribución de la población en situación de desplazamiento de acuerdo a edad y género.....	80
Tabla 7. Distribución de la población en situación de desplazamiento, de acuerdo al género y ocupación.....	84
Tabla 8. Distribución de la población de acuerdo al lugar de procedencia.....	86
Tabla 9. Resumen estadístico de los puntajes obtenidos por la población en situación de desplazamiento en la escala para CES – D.....	88
Tabla 10. Resumen estadístico de los puntajes obtenidos por la población en situación de desplazamiento en la escala para CES–D, de acuerdo al género.....	89
Tabla 11. Distribución de la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia de acuerdo al género y el nivel de síntomas depresivos.....	90
Tabla 12. Distribución de la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia de acuerdo a la edad y el nivel de síntomas depresivos.....	91
Tabla 13. Distribución de la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia de acuerdo al estado civil y el nivel de síntomas depresivos.....	92
Tabla 14. Distribución de la población en situación de desplazamiento de género masculino de acuerdo al estado civil y el nivel de síntomas depresivos.....	93

Tabla 15. Distribución de la población en situación de desplazamiento de género de femenino de acuerdo al estado civil y el nivel de síntomas depresivos.....93

Tabla 16. Distribución de la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia de acuerdo al tiempo en situación de desplazado y el nivel de síntomas depresivos.....94

Tabla 17. Distribución de la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia de acuerdo a la pérdida de vidas como causa del desplazamiento y el nivel de síntomas depresivos95

Tabla 18. Distribución de la población en situación de desplazamiento de género femenino de acuerdo a si es o no madre cabeza de familia y el nivel de síntomas depresivos.....96

Tabla 19. Distribución de la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia de acuerdo a la profesión u oficio y el nivel de síntomas depresivos.....97

Tabla 20. Distribución de la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia de acuerdo al grado de escolaridad y el nivel de síntomas depresivos.....98

Tabla 21. Distribución de la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia de acuerdo al lugar de procedencia y el nivel de síntomas depresivos.....99

Tabla 22. Distribución de la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia de acuerdo a la zona (rural o urbana) de procedencia y al nivel de síntomas.....101

Tabla 23. Test para la normalidad de la distribución de los datos obtenidos en la CES-D por la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia.....102

Tabla 24. Test de Kruskal Wallis para evaluar diferencias estadísticamente significativas en la puntuación CES-D de acuerdo al género.....104

Tabla 25. Test de Kruskal Wallis para evaluar diferencias estadísticamente significativas en la puntuación CES-D de acuerdo a la edad.....	105
Tabla 26. Test de Kruskal Wallis para evaluar diferencias estadísticamente significativas en la puntuación CES-D de acuerdo al estado civil.....	106
Tabla 27. Test de Kruskal Wallis para evaluar diferencias estadísticamente significativas en la puntuación CES-D de acuerdo al tiempo en situación de desplazamiento.....	107
Tabla 28. Análisis (LSD) de Fisher para determinar las diferencias estadísticamente significativas.....	107
Tabla 29. Test de Kruskal Wallis para evaluar diferencias estadísticamente significativas en la puntuación CES-D de acuerdo si el desplazamiento se originó por la muerte de un familiar.....	108
Tabla 30. Test de Kruskal Wallis para evaluar diferencias estadísticamente significativas en la puntuación CES-D de acuerdo a si las mujeres en situación de desplazamiento son o no madres cabeza de familia	109
Tabla 31. Análisis (LSD) de Fisher para determinar las diferencias estadísticamente significativas	110
Tabla 32. Test de Kruskal Wallis para evaluar diferencias estadísticamente significativas en la puntuación CES-D de acuerdo al tiempo en situación de desplazamiento.....	111
Tabla 33. Análisis (LSD) de Fisher para determinar las diferencias estadísticamente significativas.....	111
Tabla 34. Test de Kruskal Wallis para evaluar diferencias estadísticamente significativas en la puntuación CES-D de acuerdo al grado de escolaridad.....	112
Tabla 35. Test de Kruskal Wallis para evaluar diferencias estadísticamente significativas en la puntuación CES-D de acuerdo al lugar de procedencia.....	113
Tabla 36. Test de Kruskal Wallis para evaluar diferencias estadísticamente significativas en la puntuación CES-D de acuerdo a la zona de procedencia.....	114

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Análisis factorial de la CES – D.....	77
Figura 2. Distribución de la población en situación de desplazamiento de acuerdo al género.....	78
Figura 3. Distribución de la población en situación de desplazamiento de acuerdo a la edad.....	80
Figura 4. Distribución de la población en situación de desplazamiento de acuerdo al estado civil.....	81
Figura 5. Distribución de la población de acuerdo al tiempo en condición de desplazamiento.....	82
Figura 6. Distribución de la población de acuerdo a si el desplazamiento se originó por la muerte violenta de un familiar o no.....	82
Figura 7. Distribución de la población en situación de desplazamiento de género femenino de acuerdo a si es o no madre cabeza de familia.	83
Figura 8. Distribución de la población en situación de desplazamiento de acuerdo a la profesión u oficio.....	84
Figura 9. Distribución de la población en situación de desplazamiento de acuerdo al nivel de escolaridad.	85
Figura 10. Distribución de la población en situación de desplazamiento de acuerdo a la zona de procedencia.....	87
Figura 11. Distribución de la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia de acuerdo al puntaje obtenido en la CES-D.....	88
Figura 12. Medias de los puntajes obtenidos en la CES-D por la población en situación de desplazamiento de acuerdo al género.	103
Figura 13. Medias de los puntajes obtenidos por la población en situación de desplazamiento de acuerdo a la edad.....	104
Figura 14. Medias de los puntajes obtenidos por la población en situación de desplazamiento de acuerdo al estado civil.....	105
Figura 15. Medias de los puntajes obtenidos en el CES-D por la población de acuerdo al tiempo en situación de desplazamiento.....	106

Figura 16. Medias de los puntajes obtenidos en el CES-D por la población de acuerdo a si el desplazamiento se originó o no se originó por la muerte violenta de algún familiar...108

Figura 17. Medias de los puntajes obtenidos en el CES-D por la población de género femenino de acuerdo a si es o no madre cabeza de familia.....109

Figura 18. Medias de los puntajes obtenidos en la CES-D por la población en situación de desplazamiento de acuerdo a la profesión u oficio.....110

Figura 19. Medias de los puntajes obtenidos en la CES-D por la población en situación de desplazamiento de acuerdo al grado de escolaridad.....112

Figura 20. Medias de los puntajes obtenidos en la CES-D por la población en situación de desplazamiento de acuerdo a si proviene del mismo Municipio, de otros municipios del departamento de Nariño o de otros departamentos de Colombia.....113

Figura 21. Medias de los puntajes obtenidos en la CES-D por la población en situación de desplazamiento de acuerdo a la zona de procedencia.....114

RESUMEN

La presente investigación tiene como propósito analizar e interpretar la prevalencia de depresión que se presenta en la población víctima de desplazamiento forzado por la violencia residenciada en el municipio de San Pablo (Nariño). Para realizar la medición de síntomas depresivos se utilizó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D, por sus siglas en inglés. Este instrumento permite hacer un tamiz con el propósito de identificar a las personas en riesgo de padecer depresión. De acuerdo a los puntajes obtenidos en la escala las personas se clasifican como: sin síntomas, con síntomas leves, con síntomas moderados o con síntomas depresivos graves. Los resultados del estudio muestran que las personas en situación de desplazamiento tienden a ubicarse en los niveles sin síntomas y con síntomas leves. Además, se realiza una comparación de los resultados obtenidos teniendo en cuenta las categorías de las variables socio-demográficas, con el propósito de identificar factores que se relacionen con mayor presencia de síntomas. Para el análisis estadístico de los datos se recurrió a la estadística descriptiva, test de Kruskal Wallis y al procedimiento de menores diferencias significativas de Fisher.

ABSTRACT

The following research is carried out to analyze and to interpret the depression prevailing, which is presented in the population that is victim of a forced displacement localized in San Pablo town (Nariño). To do a measure of the depression symptoms, it was important to use La Escala de Depresion de Estudios Epidemiologicos CES-D to its acronyms in English. This instrument permits to do a sieve in order to identify people who are in risque of suffering depression. According to the level showed in the scale, people are clasify as: without symptoms, with low symptoms, with moderate symptoms or with strong symptoms. The result of the stadies shows that people who are in a deplacement situationcan be in levels without symptoms and low symptoms. Besides it is necessary to do a comparaision of the obtained results taking into account the categories of the variables socio-demographics in order to identify the factors which are related to major presence of symptoms. To do the statical analysis of the data it was necessary to take into account the descptive statistics, test of Kruskal and the procedure of low significative differences of Fisher.

INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los más significativos problemas mentales en los países industrializados y también en los países en vía de desarrollo como Colombia. La depresión y los problemas mentales en general están relacionados con los aspectos sociales, económicos y culturales en los que están inmersas las personas.

En Colombia, la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia por las condiciones sociales, económicas, familiares entre otras, en las que vive es una población vulnerable a sufrir depresión. Colombia es el segundo país del mundo que tiene un problema humanitario grave debido al desplazamiento forzado por la violencia.

Por esta razón, el presente trabajo de investigación denominado: Análisis e Interpretación, de Acuerdo a Variables Socio-demográficas, de la Prevalencia de Depresión en la Población Víctima de Desplazamiento Forzado por la Violencia Residenciada en el Municipio de San Pablo Nariño, pretende hacer una lectura desde la perspectiva epidemiológica que permita explorar, analizar e interpretar la prevalencia de depresión entre la población víctima del desplazamiento forzado.

El abordaje se realiza teniendo en cuenta variables socio-demográficas en la población víctima de desplazamiento forzado. La población son las personas con edad mayor o igual a doce años residenciadas en el Municipio de San Pablo Nariño que están registradas como desplazadas en Acción Social de la presidencia de la república. Esta investigación es de tipo descriptivo y para medir la sintomatología depresiva se utiliza un instrumento cuantitativo (CES – D) donde las personas reportan síntomas.

De acuerdo al puntaje que las personas obtengan en la escala CES-D se clasifican como: sin síntomas, con síntomas leves, con síntomas moderados o con síntomas graves. Se realiza una descripción de los resultados de acuerdo a las variables socio-demográficas. Luego teniendo en cuenta las diferentes categorías de cada una de las variables socio-demográficas, se comparan los promedios obtenidos en La CES-D por las personas para establecer si hay diferencias estadísticamente significativas. Finalmente, se realiza un análisis e interpretación de los resultados teniendo como marco la salud pública mental, las teorías sobre depresión expuestas en el marco teórico y el contexto sociocultural de San Pablo (N).

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Descripción del Problema

La depresión es una de las enfermedades psiquiátricas más comunes, según datos de la OMS, oscila entre el 5 al 10% la prevalencia en la población mundial. Esta psicopatología amenaza con aumentar su prevalencia a medida que transcurre el siglo XXI. Por lo cual, 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 (Policlínico Sagrada Familia, 2007).

En Colombia el “Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas” (2003) reveló una prevalencia de Depresión del 13.3%, que solamente es superado por los trastornos de ansiedad con 19.5% (Ansiedad y depresión, trastornos más comunes. 2004). Esto significa que a nivel nacional la depresión presenta una prevalencia importante. Por lo cual, se hace necesario que desde los distintos estamentos sanitarios se potencie la investigación sobre esta enfermedad.

Otro problema importante en el país es el desplazamiento forzado por la violencia. Este se ha convertido en el primer problema humanitario grave que vive el país por la violación de derechos humanos y el derecho internacional humanitario (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, (ACNUR, 2006). Una noticia divulgada el día 10 de noviembre de 2007 (RCN, 2007) afirmaba: “según la cifras entregadas por el Gobierno, en el país hay cerca de dos millones de desplazados. Sin embargo, las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) estiman que el número es mayor”. También de acuerdo con la misma noticia: “el informe de Naciones Unidas concluyó que los departamentos donde se presenta mayor número de desplazamientos son Meta, Caquetá y Nariño”.

De acuerdo con (Sin Dato, 2007), “Colombia figura en el primer lugar de los países que más desplazados internos tienen con cerca de tres millones de personas obligadas a dejar sus hogares a causa de los conflictos armados”.

También el Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN, 2007), afirma que durante los últimos años la problemática del Departamento de Nariño relacionada con el desplazamiento forzado por la violencia se ha incrementado de manera importante, pasando el

Departamento de ocupar un lugar marginal a uno de los primeros lugares en el ámbito nacional. Lo cual indica que es acertado decir que el departamento de Nariño sufre una crisis humanitaria importante debido al desplazamiento forzado por la violencia.

Por las dimensiones que tiene este problema a nivel nacional y regional, el desplazamiento forzado no debe analizarse solo como un asunto de orden jurídico o político, sino también en la relación existente entre la violencia y la salud en general y la salud mental en particular, debido a que las personas víctimas de desplazamiento forzado por la violencia padecen situaciones de orden económico, personal, familiar y social que las predispone a padecer enfermedades mentales, entre ellas depresión.

La depresión tiene una prevalencia importante a nivel nacional y regional, y por la circunstancias de orden emocional, económico, familiar y social que tienen las personas en situación de desplazamiento, se infiere que en esta población también será una patología significativa. Por lo cual se convierte en un problema de salud pública importante para la población mencionada.

En Nariño se han realizado estudios sobre depresión con diferentes poblaciones, entre ellas, estudiantes universitarios (Maya y Muñoz, 2000; Ortega y Santader, 2006), niños (Escobar y Paz, 2006) entre otros. Sin embargo, no se encuentran estudios desde la perspectiva de epidemiología, salud pública y psicología con población en situación de desplazamiento forzado por la violencia.

Por las razones expuestas, este trabajo de investigación realiza un análisis e interpretación de la prevalencia de depresión en la población víctima del desplazamiento forzado por la violencia residenciada en el municipio de San Pablo Nariño, tiene gran pertinencia y además de aportar al conocimiento en una área poco explorada a nivel regional tiene un fuerte componente en la proyección social, que es un factor importante para los egresados del programa de psicología de la Universidad de Nariño.

Formulación del Problema

¿Cuál es la prevalencia de la depresión en la población víctima del desplazamiento forzado por la violencia residiendo en el municipio de San Pablo, Nariño?

Sistematización del Problema

¿Cuál es la prevalencia de la depresión de acuerdo con variables socio-demográficas en la población objetivo?

¿Cuáles son las diferencias en los niveles de depresión en la población según variables socio-demográficas?

¿Cómo interpretar la prevalencia y las diferencias de depresión en la población desde la perspectiva de salud pública mental en el contexto sociocultural de San Pablo, Nariño?

JUSTIFICACIÓN

Una de las problemáticas de salud pública más compleja para su abordaje, es aquella relacionada con los padecimientos de salud mental, específicamente la prevalencia de casos de depresión entre la población. La depresión es uno de los principales problemas de salud mental a nivel mundial. Es un trastorno altamente discapacitante y tiene un fuerte impacto socioeconómico e incidencia en la calidad de vida de quien la padece.

En Colombia, el desplazamiento forzado es el problema humanitario más grave que afronta el país, con dos millones de personas víctimas de desplazamiento (ACNUR, 2006). Las personas víctimas del desplazamiento forzado por la violencia, son una población vulnerable ya que padecen un drama humanitario que afecta sus redes sociales, estructura familiar, economía y su entorno en general.

Por tales condiciones, en esta población se encuentran factores de riesgo que la predisponen a padecer psicopatologías mentales, entre ellas depresión. Sin embargo, las investigaciones sobre la salud mental de esta población a nivel nacional son escasas y a nivel regional y local, como se mencionó anteriormente, no se encontraron investigaciones desde la academia. Por lo tanto, es necesario realizar una investigación que brinde información sobre la prevalencia de depresión en la población víctima del desplazamiento forzado en el municipio de San Pablo (Nariño), la cual pueda ser replicada en otros lugares del territorio nacional.

En el ámbito de salud pública, esta investigación tiene importancia debido a que permite identificar la frecuencia y distribución de la sintomatología depresiva en esta población. La información que arroje la investigación es de utilidad para que se estructuren políticas eficaces en salud para la población víctima del desplazamiento forzado por la violencia a nivel local, regional y nacional, lo cual se encuentra justificado en los lineamientos de la política de salud mental, entre los cuales se afirma que “la problemática de los desplazados por la violencia de las distintas regiones del país, amerita intervención y apoyo dadas las condiciones de desarraigo, tensiones emocionales, sociales, familiares y afectivas por las que pasan”, (Asociación Colombiana para la Salud Mental, 1998).

En el área de la psicología el estudio es novedoso. Los trabajos de investigación en epidemiología y psicopatologías mentales en el departamento de Nariño son escasos y con la población focalizada por esta investigación, será el primero en realizarse.

Además, el trabajo de profesionales de la psicología con población desplazada debe ir en aumento, debido a su visibilidad cada vez mayor y al aumento en la legislación colombiana al respecto. Esta investigación brinda, a los profesionales que realicen intervenciones con esta población, información útil para que estructuren programas y futuras investigaciones que respondan de forma eficaz a las necesidades en salud mental de esta población.

Finalmente, esta investigación sirve para sensibilizar a las personas sobre el drama de los desplazados, especialmente en lo concerniente a la salud mental, ya que se suele subestimar a estas personas y los desplazados dependen únicamente de su capacidad para movilizar recursos.

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar e interpretar la prevalencia de la depresión de acuerdo a variables socio - demográficas en la población víctima del desplazamiento forzado por la violencia residenciada en el municipio de San Pablo Nariño.

Objetivos específicos

Describir la prevalencia de la depresión de acuerdo con variables socio-demográficas en la población objetivo.

Comparar los niveles de depresión en la población objeto de estudio según variables socio-demográficas.

Interpretar la prevalencia y las diferencias de depresión en la población desde la perspectiva de salud pública mental en el contexto sociocultural de San Pablo, Nariño.

MARCO DE REFERENCIA

Contextualización

San Pablo (Nariño) es una población ubicada al noreste del Departamento de Nariño, su territorio es montañoso. Con una población de 27.335 (Censo DANE, 2006).

De acuerdo con el Plan de Desarrollo Municipal de San Pablo 2004-2007, los orígenes de San Pablo se remontan hacia el siglo XVIII. Los esposos Miguel Suárez de Bolaños e Isabel Burbano de Lara, donaron los terrenos donde hoy se encuentra la iglesia parroquial y el parque Bolívar a favor de la Virgen de Chiquinquirá, sobre este acontecimiento no hay documento o constancia alguna que oficialice el hecho. Esto, según esa versión tiene ocurrencia en 1763, por escritura del 1 de diciembre que se halla en el protocolo número 13 de la Notaría del Cantón de Almaguer (Cauca), correspondiente a los años 1770 a 1779.

La Cámara Provincial de Popayán dividió en 1852 el Distrito Parroquial de la Cruz (así se llamaban los actuales municipios de San Pablo y La Cruz) creando el Distrito parroquial de San Pablo en el Cantón de Bolívar. En 1855 el poblado de San Pablo fue constituido en cabecera del Municipio o Distrito Parroquial. En el año 1886 se le incorporó el corregimiento de Villanueva, el que fue segregado del distrito de Mercaderes. Para 1889 San Pablo era elevado a la categoría de Parroquia.

Al crearse en 1904 el Departamento de Nariño, el límite entre éste y el Departamento del Cauca fue la Cuchilla de Bateros, comenzando en el cerro de la Campana y terminando en el punto del Cajón (rivera del río Mayo), quedando en esta forma San Pablo perteneciendo al nuevo Departamento. Sin embargo en 1905 el límite entre estos dos departamentos pasó a ser el río Mayo, volviendo por lo tanto, San Pablo al Cauca con categoría de capital de la provincia de Angulo. En 1910 San Pablo vuelve a pertenecer al departamento de Nariño con los límites que tiene hasta el día de hoy.

Tabla 1.*Ficha geográfica del municipio de San Pablo*

Fundación	1763
Fundadores	Miguel Suárez de Bolaños e Isabel Burbano de Lara
Altura	1.750 m. s. n. m.
Temperatura media	18° C
Precipitación anual	1.000 a 2.000 m. m.
Límites municipales	Norte: Municipio Bolívar (Cauca) Sur: Municipios de Colón y La Cruz (Nariño) Oriente: Municipio de La Cruz (Nariño) Occidente: Municipios de Florencia (Cauca) y La Unión (Nariño)
Pisos térmicos	Medio: 3.099 hectáreas Frío: 7.231 hectáreas
Predios	Rurales: 8.703 Urbanos: 1.537 Total predios: 10.330
Población	27.335 (Censo DANE 2006)
Cuenca	Cuenca río Patía
Subcuencas	Sub cuenca río Mayo
Microcuencas	Quebrada Bateros, Las Palmas, La Chorrera, El Purgatorio, El Almorzadero, El Alto, Los Molinos.
Orografía	Cerro de la Campana, Cerro del Baile y Pulpito, montaña de Potreros, Páramo de Achupallas, Cuchilla de Bateros.
Distancia Pasto	121 kilómetros vía alterna La Cruz y La Unión 170 kilómetros vía panamericana
Producción Agrícola	Maíz, café, plátano, frijol, yuca, arveja, tomate de mesa, caña panelera, achira.
Producción pecuaria	Bovinos de leche y carne, porcinos, cuyes y aves.
Entidades oficiales	ICBF, CEDENAR, Federación de Cafeteros, Juzgado, Registraduría del estado civil, Notaría.
Entidades de Prevención	Policía nacional, cuerpo de bomberos voluntarios, Hospital San Carlos.
Entidades culturales	Banda municipal, biblioteca pública, casa de la cultura.
CORREGIMIENTOS	VEREDAS
San Pablo (Especial)	Achupallas, Bateros, Bohío, Brisa, Cañada, Playa Baja, Vega Quito, Llanos Chiquitos, Las Laderas.
Briceno	Aguadas, Altamira, Araditas, Betania, Briceño, Dantas, El Mesón, Escubillal, El Tablón, Robles, Florida.
La Chorrera	Alto Llano, Campo Bello, Cantarrano, Diamante, El Alto, La Cuchilla, La Chorrera, La Elvira, Lindero, Los Llanos, Nueva Florida, Playa Alta.
El Chilcal	Ramal Alto, Ramal Bajo, Chilcal Alto, Chilcal Bajo, Derrumbes, Las Juntas, Palmas, Lucitania, Praditos, Yunguilla, Lagunitas, Francia, El Agrado.

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal 2004 - 2007

Actualmente en el municipio de San Pablo (Nariño) se encuentran registradas 51 familias desplazadas (2007), algunas de las cuales no residen en este momento en el municipio. Las familias víctima de desplazamiento forzado por la violencia provienen de algunas veredas del mismo Municipio, del municipio de Colón Génova, de otros municipios del departamento de Nariño y de los departamentos del Valle del Cauca, Quindío, Cauca, Huila y Putumayo.

La mayoría de las personas víctimas de desplazamiento tienen un origen rural, por lo cual los hombres se dedicaban a labores agrarias y las mujeres eran amas de casa. Generalmente, el hombre era quien tenía, en sus lugar de origen, más relaciones sociales y ejercía liderazgo comunitario, la mujer ha tenido un papel más discreto en esta área.

La institución encargada de velar por el bienestar de los desplazados a nivel municipal es la personería municipal, la cual se encarga de que reciban la ayuda estatal y también recepciona las denuncias de personas en situación de desplazamiento que llegan al municipio para enviarlas a Acción Social quien determina si se las incluye en el del registro de población desplazada.

Actualmente la población víctima de desplazamiento que residen en San Pablo esta afiliada al sistema general de seguridad social en salud. La mayoría esta en el régimen subsidiado, otros en el vinculado y algunos pocos al régimen contributivo. Por lo cual esta población tiene garantizada la atención en salud. El Plan de Atención Básica también realiza intervenciones esporádicas en promoción de la salud y prevención de la enfermedad con esta población en las áreas de: salud infantil, salud mental, saneamiento básico, estilos de vida saludable, salud sexual y reproductiva y seguridad alimentaria.

También, debido a que San Pablo tiene un sistema educativo a nivel de primaria y secundaria con capacidad de acoger en su totalidad la demanda de cupos educativos, la mayoría de la población desplazada en edad escolar asiste a algún centro o institución educativa del municipio. Es decir, las condiciones en el área educativa de la población víctima de desplazamiento forzado por la violencia son buenas.

Un área crítica para esta población son las posibilidades de emplearse, debido a que el Municipio tiene escasas de fuentes de empleo, por lo cual, mucha de la población en

situación de desplazamiento, se encuentran sin empleo, o trabajan de manera esporádica; como jornaleros los hombres y como empleadas domésticas las mujeres.

A esta situación contribuye el hecho de que la población en situación de desplazamiento tiene en general un bajo nivel de escolaridad y poca o nula experiencia laboral, por lo cual debe conformarse con empleos mal remunerados.

También hay dificultades en la vivienda debido a que la mayoría de desplazados no cuenta con vivienda propia, por lo cual están de permiso donde algún familiar, paga arrendo y muchos viven en condiciones de hacinamiento.

MARCO TEÓRICO

Depresión

Perspectiva histórica de la depresión

A continuación se exponen distintas concepciones desde el punto de vista cronológico e histórico, lo cual permite realizar un recorrido amplio a través de diferentes momentos en el tiempo.

De acuerdo con Maya y Muñoz (2000), es común encontrar que desde los griegos, Hipócrates define la depresión como melancolía debido a que se la atribuía al exceso de bilis negra. La bilis negra provocaría un deterioro del cerebro lo cual sería la causa de la depresión. Hipócrates define a la melancolía como un cuadro de profundo abatimiento, expresión utilizada hasta hoy.

En la edad media el filósofo escolástico Santo Tomas de Aquino, aseguraba que la melancolía era provocada por demonios e influencias astrales.

También Maya y Muñoz (2000) afirman que en los siglos XVI y XVII, se comienzan a esbozar las primeras publicaciones pseudo científicas sobre este tema. Entre las publicaciones se destacan la monografía en ingles sobre la melancolía titulada “Treatise of Melancolice” y en el siglo XVII aparece el tratado “The Anatomy of Melancholy” de Robert Burton. Esta última obra ha sido de gran utilidad para identificar los estados depresivos.

En 1854 Farlet y Baillarger, citados por Maya y Muñoz (2000), describen la locura circular y la locura de doble forma, teniendo como base las alteraciones observadas en la manía y la melancolía.

En 1886 Kraepelin, citado por los mismos autores, establece la diferencia entre psicosis maniaco depresiva, y demencia precoz (esquizofrenia), luego los estudios genéticos en psiquiatría consideraron a los síndromes depresivos como parte de la psicosis maniaco – depresiva, lo cual predominó hasta las primeras décadas del siglo pasado.

Es así como, de acuerdo con Maya y Muñoz (2000), con el tiempo el concepto de melancolía se va perfilando hacia un trastorno primario de la afectividad, y es cada vez más aceptado el término depresión debido a que evoca unas fases más fisiológicas. El término depresión se encuentra en los diccionarios de medicina desde 1860.

Seguendo a Maya y Muñoz (2000), a principios del siglo XIX Philippe Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba centrado de forma obsesiva en un objeto y que la asociación de ideas y la memoria estaban perturbadas, induciendo en ocasiones el suicidio.

De acuerdo con Maya y Muñoz (2000), los seis primeros principios teóricos que sustentaban la depresión en el siglo XIX fueron: trastornos primarios de la afectividad, psicopatología estable, representación cerebral, episodios, de origen genético y endógeno en su naturaleza.

A lo largo de la historia el término depresión ha sido confundido con otros cuadros patológicos, que ya hoy se los define de manera más precisa.

Concepto de Depresión

La depresión es un trastorno mental afectivo caracterizado por la presencia de síntomas como la tristeza, la pérdida de interés y la incapacidad para experimentar sentimientos de placer que se hace crónica en la mayor parte de los pacientes.

Durante un episodio depresivo típico, el paciente sufre una bajada del estado de ánimo y una disminución de la energía y la actividad. La capacidad para disfrutar, el interés y la concentración también disminuyen. Tras realizar el mínimo esfuerzo, la persona se siente cansada, padece insomnio y pérdida de apetito. Las personas con depresión ven afectadas su autoestima y su autoconfianza y, generalmente, tienen sentimientos de culpabilidad (Sue, 1994).

De acuerdo con Sue, D, Sue, D y Sue, S. (1994), la depresión está clasificada dentro de los trastornos afectivos. Los trastornos afectivos son perturbaciones en las emociones que causan malestar subjetivo, entorpecen la capacidad de una persona para funcionar, o ambos.

La depresión es uno de los trastornos que se diagnostican de manera más común entre pacientes hospitalizados por trastornos mentales y también es bastante frecuente en la población general. La periodicidad de la depresión ha aumentado durante los últimos 50 años, además aparece en el 90% de los casos diagnosticados de trastornos afectivos y se esperaría que apareciera en el 10% restante si permaneciera sin tratamiento Sue, D, Sue, D y Sue, S, (1994).

Síntomas Clínicos de la Depresión

De acuerdo con Sue, D, Sue, D y Sue, S (1994), ciertas características centrales están a menudo entre los depresivos. Estas pueden organizarse dentro de cuatro dominios: el dominio cognoscitivo, afectivo, conductual y el fisiológico.

Síntomas afectivos

Los depresivos experimentan síntomas de tristeza, desaliento y una aflicción excesiva y prolongada. Son comunes los sentimientos de inutilidad, y de pérdida de alegría de vivir.

Síntomas cognitivos

Sue, D, Sue, D y Sue, S.,(1994) afirman que (Beck, 1974) dice que ciertos pensamientos e ideas están relacionadas en forma clara con las reacciones depresivas. Las personas sienten un pesimismo profundo a cerca del futuro. La autoacusación de incompetencia y autodenigración general son comunes, al igual que los pensamientos de suicidio. Otros signos incluyen dificultad para concentrarse y tomar decisiones. Para estos autores Beck (1974) considera que la depresión se refleja en una triada cognitiva, la cual consiste de opiniones negativas de si mismo, del mundo exterior y del futuro.

Síntomas conductuales

La apariencia y comportamiento externo de una persona a menudo es una señal reveladora de depresión. La vestimenta de la persona puede ser desaliñada o sucia; el cabello puede estar despeinado, y la limpieza personal descuidada. Una expresión facial insulsa, tipo máscara pueden volverse característica. La persona deprimida mueve su cuerpo con lentitud, le cuesta iniciar actividades nuevas. El habla es reducida y lenta, y la persona puede responder con frases cortas. Este enlentecimiento de todos los movimientos corporales, gestos expresivos y respuestas espontáneas es llamado retardo psicomotor. La persona a menudo muestra aislamiento social y disminución de la productividad laboral Sue, D, Sue, D y Sue, S, (1994).

Síntomas fisiológicos

De acuerdo con Sue, D, Sue, D y Sue, S.,(1994) las personas deprimidas tienen los siguientes síntomas:

Experimentan una pérdida de apetito y peso, otras pueden aumentar de peso. La pérdida de apetito a menudo se deriva del desinterés de las personas por comer. En la depresión grave la pérdida de apetito puede amenazar la vida.

Los depresivos pueden volverse estreñidos y no tener movimientos intestinales durante días enteros.

El trastorno de sueño es un malestar común. La dificultad para dormirse, el despertar temprano y también de manera errática durante la noche, el insomnio y las pesadillas dejan al depresivo exhausto y cansado durante el día.

En las mujeres, la depresión puede interrumpir el ciclo menstrual normal. Por lo general, el ciclo se prolonga, con posible omisión de uno o varios periodos. El volumen del flujo menstrual puede disminuir.

Muchos deprimidos reportan una aversión a la actividad sexual. Su excitación sexual declina de manera dramática.

Explicaciones socioculturales de la depresión

Los estudios transculturales de los trastornos afectivos han encontrado que los índices de frecuencia y manifestación de los trastornos afectivos varían de manera considerable entre diferentes grupos culturales y sociales. Estos hallazgos sugieren que factores tales como la cultura, las expresiones sociales y los agentes estresantes psicológicos desempeñan un papel importante en los trastornos afectivos de acuerdo con Sue, D, Sue, D y Sue, S.,(1994).

Lars (1986), realiza un estudio con el propósito de identificar el tipo de problema social que predomina en las personas deprimidas y como este problema se relaciona con las condiciones sociales inmediatas.

Brown y Harris (1978) citados por Lars (1986), concluyen que: “la separación de un esposo, confidente, amigo o hijo es común a quienes desarrollaron una depresión clínica” (p. 71), por lo cual, la pérdida y la decepción son características centrales de la mayor parte de sucesos que producen una depresión (p. 71). Stenback (1975), citado por el mismo autor

concluyó que: “un problema presente en la depresión eran las “perdidas externas” y en particular pérdidas relacionadas con el núcleo familiar”. También Paykel et. al. (1969), citado por Lars, encontró que “la separación geográfica que había causado una salida del campo social del sujeto podría precipitar un cuadro depresivo” (p. 71).

Para Lars (1986), la separación de la pareja es el más importante de los factores que pueden precipitar una depresión. Por lo general, la separación significa cambios radicales en muchos niveles. En un nivel puramente práctico la vida con frecuencia se dificulta más; se deteriora la situación económica, la vida en el hogar es difícil y ahora una sola persona debe enfrentar muchas tareas prácticas cotidianas que antes se compartían.

De acuerdo con Lars (1986), no se trata únicamente de la pérdida de oportunidades de realizar actividades con la pareja, si no la pérdida de oportunidades que la pareja hacía disponibles, por ejemplo los amigos. También se pierde el rol que se viene desempeñando al desaparecer la otra persona.

De acuerdo con el mismo autor, los problemas económicos pueden ser un factor precipitante de depresión. Lars (1986) afirma que los hombres esperan manejar los aspectos económicos de la vida y si no lo logran sienten que han fracasado como hombres y como seres humanos. Probablemente en un contexto depresivo, lo crítico no sea tanto la pobreza económica como la preocupación acerca de lo que puede pasar, los reproches a sí mismo y las críticas de la familia inmediata, todo anterior, de diferentes maneras, puede ayudar a destruir la autoestima.

Sobre las clases sociales y su relación con la depresión Lars (1986) afirma que: “los hallazgos son contradictorios. Algunos estudios han mostrado una proporción más alta de personas deprimidas en los niveles inferiores, y otros han mostrado lo contrario(p. 82)”. Sin embargo, de acuerdo con Lars, “parece que las clases sociales superiores muestran más depresiones de una naturaleza un tanto inexplicable y, puede suponerse, generadas internamente, en tanto que las clases sociales inferiores se inclinan hacia las depresiones de estampa social más obvia” (p. 82).

Lars (1986) también afirma que la depresión masculina está mas íntimamente relacionada con la situación en el empleo y que es más probable que la depresión femenina tenga su origen en el hogar.

Estrés y Depresión

Sue, D, Sue, D y Sue, S.,(1994) afirman que la conceptualización del papel del estrés en la psicopatología en general y de la depresión en particular han propuesto de manera típica que este es uno de los tres factores amplios que es importante considerar: diátesis, estrés y recursos de apoyo sociales. Monroe y Simos (1991), citados por Sue, D, Sue, D y Sue, S.,(1994) afirman que la diátesis se refiere al hecho de que debido a las condiciones genéticas, constitucionales o sociales, ciertos individuos pueden tener una predisposición o vulnerabilidad para desarrollar depresión. El estrés puede actuar como un desencadenante para activar esta predisposición, en especial cuando los individuos carecen de recursos para adaptarse al mismo. Presuntamente, los individuos con una predisposición baja requieren de niveles mayores de estrés para volverse deprimidos en comparación con los que tienen una predisposición alta.

La importancia del estrés en la depresión ha sido demostrada, de acuerdo con Sue, D, Sue, D y Sue, S.,(1994), los estudios han mostrado de manera creciente que el estrés psicosocial grave, tal como la muerte de un ser amado, una condición física que amenace a la vida, y la frustración de objetivos importantes en la vida preceden a menudo el inicio de la depresión mayor. Este hallazgo ha llevado a los investigadores a preguntarse que clases de estrés conducen a la depresión. De acuerdo con Brown y Harris (1989), citados por Sue, D, Sue, D y Sue, S.,(1994), un estresante severo tiene una probabilidad mayor de producir depresión que varios estresantes menores. Por último Krantz y Moos (1988) citado por los mismos autores afirman que el estrés también parece ser importante en la recaída después del tratamiento.

Las personas pueden diferir en el grado de vulnerabilidad a la depresión. La vulnerabilidad puede ser causada por factores biógenos y psicológicos o ambos. Siguiendo a Sue, D, Sue, D y Sue, S.,(1994) Hammen y sus colegas argumentan que la relación entre estrés y depresión es compleja e interactiva. Sue, D, Sue, D y Sue, S.,(1994) afirman que otros investigadores han examinado los apoyos o recursos sociales como amortiguadores contra la depresión. La suposición es que las personas que son expuestas a estrés pueden desarrollar depresión o no, dependiendo de si tienen apoyos sociales adecuados.

De acuerdo con Sue, D, Sue, D y Sue, S. (1994):

La investigación sobre estrés ha sido impresionante. Los diseños de investigación longitudinal y los estudios prospectivos (estudios de individuos antes de que ocurra un episodio depresivo) han ayudado a descifrar las relaciones de causa y efecto entre el estrés y la depresión. El trabajo también se ha movido de variables amplias (por ejemplo el estrés) a variables más específicas (por ejemplo tipos de estrés).

Género y depresión

Strikland (1992, citado por Sue, D, Sue, D y Sue, S. 1994) encontró que la depresión es mucho más común entre mujeres que entre hombres. Sin importar la región del mundo, raza, etnicidad y clase social, las mujeres tienen casi el doble de probabilidad de sufrir depresión que los hombres. De acuerdo con el DSM – IV, del 18 Al 23% de las mujeres y del 8 al 11% de los hombres han experimentado en algún momento de sus vidas un episodio depresivo mayor. Las razones para estas diferencias no son claras. La especulación ha implicado factores fisiológicos, sociales y psicológicos.

Montero et. al (1999), afirman que la depresión es el diagnóstico más frecuente en el siglo XX en el mundo occidental y es considerado uno de los principales problemas de salud para la mujer. Siguiendo estos autores, la depresión atendiendo el sexo tiene un predominio para la mujer de 2:1. Este predominio no es homogéneo para todos los grupos de edad, ya que en niños y en personas de edad muy avanzada, las diferencias por sexo son muy pequeñas.

Para Montero et. al. (1999), en las mujeres existe un aumento en la frecuencia de trastornos psiquiátricos, siendo dos veces más frecuentes en las mujeres con una prevalencia a lo largo de la vida del 21.3% frente al 12.7% en los hombres. Su incidencia se sitúa en 247/100000 habitantes y 82/100000 habitantes en hombres. Los mismos autores citando a Robins 1991 expresan que en los estudios latinoamericanos la relación oscila de 1.98/1 a 3.24/1. Son muy escasos los grupos de población donde no aparezcan tasas similares.

Montero et. al. (1999) manifiestan que esta relación no es igual para todos los trastornos afectivos. En lo que se refiere a distintos tipos de depresión se ha encontrado: Depresión mayor, 4.6 en mujeres frente a 2.2 en hombres; Distimia: 3.7 en mujeres frente a 2.6 en hombres; otros trastornos depresivos, 8.2 en mujeres frente a 4.6 en hombres. A esto hay que añadir que en determinadas edades de la vida, estas relaciones varían.

Los autores citados afirman que en la infancia no parece existir diferencia en la tasa de depresión entre hombre y mujer, la diferencia aparece ya en la adolescencia, periodo en el cual se produce una serie de cambios biológicos y psicosociales que parecen ser la base del incremento de depresión en las jóvenes. Se ha hablado de una maduración precoz en la mujer y la relación entre niveles hormonales y afectividad. Petersen citado por Montero et. al., (1999) señala que en la adolescencia la mujer está sometida a mayor estrés y a mayores acontecimientos vitales.

Angol (citado por Montero et. al. 1999), señala que generalmente se relaciona al estereotipo femenino pasividad, emocionalidad, necesidad de ayuda, entre otras, y a la vez las normas culturales sobre el atractivo físico, crean dificultades en una época de cambios. También la autoestima, se centra en aspectos bien distintos: fuerza, poder, liderazgo y confianza en si mismo para los niños, frente a belleza, bondad y honestidad para las niñas.

Hay numerosas hipótesis para explicar estas diferencias, entre ellas, de acuerdo con Valdivia y Condeza (2006), las hipótesis biológicas para explicar el mayor número de depresión en la mujer se han centrado en diferencias cerebrales, estructurales y funcionales, incluyendo los sistemas neuroendocrinos y de neurotransmisión, así como en la genética y en los factores hormonales relacionados con el ciclo reproductor.

Burt (1998, citado por Valdivia y Condeza, 2006), dice que ciertas diferencias cerebrales entre ambos sexos pueden explicar parcialmente los datos epidemiológicos. Más del 90% de los receptores paraestrógenos están localizados fuera de los órganos sexuales, existe una gran cantidad de ellos en el cerebro; las hormonas sexuales femeninas tienen efecto psicoactivo que podría explicar porque la depresión es más frecuente en las mujeres. El incremento de las depresiones durante la edad fértil de la mujer estaría relacionada con estos hechos, sin olvidar que se trata de un periodo de la vida con muchos roles y responsabilidades.

Hipótesis psicosociales. De acuerdo con Montero et. al. (1999), aunque la mujer ha experimentado cambios importantes entre ellos su participación en el mundo laboral, un mayor control de la natalidad, y un incremento de la expectativa de vida, al mismo tiempo persisten problemas de discriminación en el trabajo, muchas mujeres se han convertido en cabeza de familia y existen mujeres que viven en condiciones de pobreza.

Debido a esto las hipótesis psicosociales han puesto el acento en el papel de los acontecimientos vitales, el estatus social, el estilo de afrontamiento, el manejo de emociones y especialmente en la importancia del rol femenino y sus desventajas, así como en la carencia de apoyo social y trabajo gratificante.

De acuerdo Montero, I. et. al (1999), la ausencia de reparto del trabajo doméstico; la mujer dedica más horas a este trabajo frente a los hombres, lo que supone dedicarle menor tiempo al sueño y al ocio. Todo ello coloca a la mujer en una clara desventaja social, que la predispone a una vulnerabilidad para desarrollar trastornos afectivos y emocionales.

Siguiendo a Montero, I. et. al (1999), las desventajas de la función social de la mujer en la sociedad occidental actual conducen a una baja autoestima, dependencia y bajas aspiraciones, factores psicológicos que se han relacionado como predisponentes de depresión.

Rodríguez de la Vega (citado por Montero et. al., 1999) afirma que “en la mujer y el hombre la depresión aparece como respuesta a una pérdida. Mientras los hombres se deprimen por pérdida de objetivos, las mujeres lo hacen con relación a pérdida de relaciones interpersonales” (p. 46). Además, Montero afirma que “la experiencia de la depresión en la mujer se acentúa en un contexto social que devalúa las relaciones; es decir, que las valora como un signo de debilidad, dependencia e inmadurez” (p. 46). También afirma que además del género intervienen otros factores, como las características individuales, el nivel socioeconómico, la ocupación entre otras.

Shapiro (citado por Montero et. al., 1999) sostiene que en la actualidad existen suficientes evidencias científicas que afirman que la depresión clínica va precedida de un aumento de las situaciones de estrés concretamente de aspectos de la vida que se perciben como una amenaza. Estas situaciones de crisis agudas junto con condiciones crónicas de vida: soledad, pobreza, problemas crónicos de salud, así como condiciones crónicas de violencia, agresiones físicas y abuso sexual, son factores de riesgo para depresión en mujeres.

Además, de acuerdo con Montero et. al. (1999), el apoyo social, se ha analizado junto con otros factores. Se ha sostenido que la ausencia de un confidente y/o la consistencia de apoyo social pobre, en un grupo de mujeres casadas sin trabajo fuera de casa, con un nivel socioeconómico bajo, son un factor de riesgo que incrementan la vulnerabilidad a la depresión frente a la presencia de situaciones de estrés.

Hipótesis biológicas. De acuerdo con Montero et. al. (1999, p. 48), los estudios epidemiológicos sugieren que al menos parte del proceso de depresión puede estar conexo con variables relacionadas al género, y las posibilidades biológicas más obvias residen en las importantes diferencias hormonales entre géneros.

Siguiendo a Montero, I. et. al (1999), el hecho de haberse detectado un incremento de trastornos disfóricos en determinados periodos de la vida de la mujer, como la pubertad, el periodo premenstrual, el posparto o la menopausia, donde la mujer se encuentra expuesta a cambios hormonales, ha hecho que se asocie la alta prevalencia de depresión a dichos cambios.

Sin embargo, Hal Breich U. citado por Montero, I. et. al (1999) dice que: “llama la atención que siendo las fluctuaciones hormonales básicamente las mismas para todas las mujeres, solo algunas y no la mayoría, desarrolla depresión en alguno de estos periodos” (p. 48).

Al realizar un análisis de las diferentes teorías que se han citado queda claro que la prevalencia de depresión en la mujer no puede ser reducida e un determinismo absoluto de orden social, biológico o psicológico, por lo cual se debe encausar de manera multicausal.

Trastorno depresivo en adolescentes

Davisón G y Neale J. (2005) afirman que la depresión también ataca a niños y adolescentes, sin embargo hay poca investigación al respecto. La depresión de niños y adolescentes se parece a la de los adultos en el sentido de que experimentan estados de ánimo depresivo, fatiga problemas de concentración e ideas suicidas.

Los autores mencionados, afirman que los síntomas depresivos de los adolescentes difieren de la de los adultos por que los primeros muestran tasas más altas de intento de suicidio, negativismo, conducta antisocial y sentimientos de incomprensión.

De acuerdo con Valdivia y Condeza (2006), la prevalencia de trastornos depresivos es aproximadamente de 4 a 8% en adolescentes con una relación hombre: mujer de 1: 2 durante la adolescencia, de acuerdo con estos mismos autores, la incidencia acumulada a la edad de 18 años es aproximadamente del 20%, en muestras poblacionales al parecer no existirían diferencias por niveles socioeconómicos.

Valdivia y Condeza (2006) afirman que “los estudios sugieren que cada generación sucesiva desde 1940 tiene mayor riesgo de desarrollar trastornos depresivos y que estos trastornos están siendo reconocidos a edades más tempranas” (p. 145).

Davisón G y Neale J. (2005) sostienen que para la etiología de la depresión en adolescentes se han sugerido varias teorías. Al parecer las relaciones familiares son un factor importante en la etiología de la depresión en adolescentes.

Antech et. al. (1995) citados por Davisón G y Neale J. (2005) encontraron que las relaciones familiares de adolescentes depresivos se caracterizaban por escasa comunicación, menos cordialidad, más hostilidad, poco tiempo realizando actividades en conjunto. Además se descubrió que tenían discusiones constantes con los padres y problemas en la escuela y muchos habían sido maltratados en la niñez.

Beck (1987) citado por Davisón G y Neale J. (2005), afirma que en la niñez y adolescencia se presenta la depresión por que los individuos han adquirido un esquema negativo, debido a sucesos estresantes como la pérdida de un progenitor, sucesos trágicos, rechazo social de compañeros, críticas de maestros o la actitud represiva de los padres.

Factores ambientales

Muchos estudios muestran que existe una correlación entre la depresión y el mal funcionamiento familiar. Además, se ha demostrado que existe una relación entre la depresión de los padres y la de los hijos. Investigaciones recientes han corroborado que el infante tiene un mecanismo de resonancia afectiva que le hace incorporar en su sentir las comunicaciones emocionales de las personas de su entorno, por lo que padres con depresión tienen una forma de relación disfuncional dentro de la familia, lo cual afectaría el desarrollo del niño. Valdivia y Condeza (2006).

Explicaciones psicológicas

Explicaciones del aprendizaje

De acuerdo con Sue, D, Sue, D y Sue, S. (1994), los conductistas ven la separación del otro significativo como algo importante en la depresión. Los conductistas tienden a ver la

depresión como una reducción de reforzamiento. Cuando se pierde un ser amado de inmediato se reduce un nivel acostumbrado de reforzamiento (afecto, compañía, etc.). Por lo tanto, muchos conductistas ven a la depresión como existencia de reforzadores inadecuados o insuficientes en la vida de una persona, lo que conduce a una reducción de la frecuencia de la conducta que con anterioridad era reforzada de manera positiva.

Conforme continúa el periodo de actividad reducida la persona se denomina deprimida. Si el nuevo nivel de actividad más bajo causan que otros muestren simpatía, la persona deprimida puede permanecer así en forma crónica. Este reforzamiento por permanecer en estado “depresivo” se denomina ganancia secundaria. La depresión tiende a profundizarse y la persona se desconecta aun más del ambiente y reduce aun más la probabilidad de recibir reforzamiento positivo. El resultado puede ser la profundización continua de la depresión (Sue, D, Sue, D y Sue, S., 1994).

Heiby 1983, citado por Sue, D, Sue, D y Sue, S.,(1994), afirma que la depresión ha sido relacionada con niveles bajos de autorreforzamiento, así como con disminución en los reforzadores ambientales.

De acuerdo con Sue, D, Sue, D y Sue, S.,(1994), el modelo de la depresión de Lewinsohn es quizá la más amplia de las explicaciones conductuales. Junto con el punto de vista del reforzamiento en la depresión, Lewinsohn sugirió tres series de variables que pueden aumentar o entorpecer el acceso de una persona el reforzamiento positivo.

Eventos y actividades que son potencialmente reforzantes para la persona. Este número depende mucho de las diferencias individuales y varía con los rasgos biológicos y de historia de experiencias del individuo.

Disponibilidad de reforzamiento en el ambiente. También puede afectar a la persona, hay lugares que ofrecen escaso reforzamiento positivo.

Conducta instrumental de la persona. La cantidad de habilidades sociales que la persona lleva a cabo para producir reforzamiento.

Un índice bajo de reforzamiento positivo en cualquiera de estas tres situaciones puede conducir a la depresión. Los enfoques conductuales para tratar la depresión podrían intervenir en cualquiera de estas condiciones.

Lewinsohn (citado por Sue, D, Sue, D y Sue, S., 1994) también reconoció el papel importante de otros factores en la depresión. Por ejemplo, tener un estado de ánimo deprimido previo, hallarse con estrés y ser mujer se asocia con la presencia de episodios depresivos. Aunque un índice bajo de reforzamiento positivo es una característica de su teoría, adopta un punto más global para su comprensión. Un evento antecedente tal como el estrés trastorna los patrones de conducta predecibles y bien establecidos en la vida de las personas. Estos trastornos pueden reducir el índice de reforzamiento positivo o incrementar las experiencias aversivas. Si los individuos son incapaces de revertir el impacto del estrés comienza a tener un estado aumentado de conciencia de sí mismos y a experimentar afecto deprimido. Con estados de ánimo deprimidos, las personas tienen mayor dificultad para funcionar de modo apropiado, lo cual los hace más vulnerables a la depresión. Por lo tanto, el modelo de Lewinsohn intenta cubrir no solo elementos conductuales sino cognitivos y emocionales.

Explicaciones cognitivas

Sue, D, Sue, D y Sue, S.,(1994) (1994) afirma que algunos psicólogos creen que la autoestima baja es la base para las reacciones depresivas. Todos tenemos sentimientos positivos y negativos a cerca de nuestro “yo”. Nos agradan unas cosas y nos desagradan otras. Las personas que están deprimidas tienen un autoconcepto negativo. Éstas se perciben como ineptas, inútiles e incompetentes, sin importar la realidad. Una interpretación cognitiva de uno mismo como inútil puede conducir a una multitud de patrones de pensamiento que reflejan autoculpa, autocrítica e ideas exageradas de deber y responsabilidad.

De acuerdo con Sue, D, Sue, D y Sue, S.,(1994), una teoría cognitiva importante ha sido propuesta por Beck, de acuerdo con ella la depresión es un trastorno primario en el pensamiento más que un trastorno básico del estado de ánimo. La manera como las personas estructuran e interpretan sus experiencias determina sus estados afectivos.

Según esta teoría los depresivos operan desde una “triada primaria” de puntos de vista negativos sobre si mismos, las experiencias presentes y el futuro. Cuatro errores de lógica

tipifican este esquema negativo, el cual conduce a la depresión y es característico en los depresivos: a) inferencia arbitraria: el depresivo tiende a sacar conclusiones que no se apoyan en la evidencia; b) abstracción seleccionada: el depresivo toma un incidente o detalle menor fuera de contexto y los incidentes en los que se enfoca el depresivo tienden a ser triviales; c) generalización exagerada: un depresivo tiende a sacar una conclusión radical a cerca de su capacidad, su desempeño o valía de una sola experiencia o incidente; d) magnificación y minimización: el depresivo tiende a exagerar las limitaciones y dificultades y a restar importancia a los logros, éxitos y capacidades.

Estos cuatro procesos cognitivos pueden considerarse como resultados o causas de la autoestima baja, la cual hace que la persona espere el fracaso y se empeñe en autocríticas que no se relacionan con la realidad. Las personas con autoestima baja pueden haber experimentado mucha desaprobación en el pasado de parte de otros que eran significativos Sue, D, Sue, D y Sue, S. (1994).

En referencia a sucesos precipitantes de la depresión Beck (1967, citado por Fredén, 1986) sugiere que los sucesos precipitantes pueden clasificarse en tres grupos. El tipo de situación más común es la que deteriora la autoestimación de una persona (v.gr. no aprobar un examen, el abandono de la persona amada, la pérdida de un empleo). Otras situaciones que pueden desencadenar la depresión son aquellas que interfieren con planes importantes, y finalmente Beck menciona la enfermedad física que puede hacer pensar al hombre en el deterioro físico o la muerte.

De acuerdo con Sue, D, Sue, D y Sue, S. (1994) al perfeccionar su teoría cognoscitiva de la depresión, Beck (1983) planteó la posibilidad de que patrones de personalidad sociotropía y autonomía puedan ser importantes. La sociotropía es el intercambio positivo con otras personas y la autonomía implica independencia, libertad de elección, acción y expresión. Los individuos depresivos altos en sociotropía se sentirán privados y con una sensación de pérdida e intentarán obtener apoyo y ayuda sociales. Las personas deprimidas altas en autonomía se sentirán derrotadas, evitarán a las personas y tendrán una sensación de fracaso. Algunos hallazgos de investigación han demostrado que entre individuos deprimidos unipolares, aquellos con patrones de personalidad sociotrópica y de autonomía muestran diferentes síntomas clínicos.

Desamparo aprendido

Davisón G y Neale J. (2005) afirman que esta teoría sostiene que la persona manifiesta pasividad y se siente incapaz de controlar su propia vida, debido a experiencias desagradables o traumas que ha tratado de controlar sin resultados positivos; esto mismo es lo que le ocasiona depresión.

Davisón G y Neale J. (2005) afirman que Abranson et. al. mejoran la teoría de la desesperanza aprendida agregándole el concepto de atribución. De acuerdo con Abranson et. al (1978), en una situación en que un individuo ha experimentado el fracaso, tratará de atribuir el mismo a una causa. Para esto, debe evaluar si las razones del fracaso son internas (personales) o las provocó el ambiente. Si el problema es estable o inestable y que tan global o específica es la incapacidad para lograr el éxito. Por esta razón, se postula que la manera como la persona explique el fracaso, determina sus efectos posteriores. Las atribuciones globales y personales harán que se generalicen más los efectos del fracaso.

De acuerdo con Davisón G y Neale J. (2005), esta teoría sugiere que la gente se siente deprimida cuando atribuye los sucesos negativos de su vida a causas estables y globales. El que su autoestima se venga abajo depende de si responsabiliza a sus propias deficiencias de los malos resultados.

De acuerdo con los mismos autores el individuo que tiende a la depresión parece mostrar un “estilo depresivo de atribución”, que es la inclinación a atribuir los malos resultados a fallas personales globales y estables.

Siguiendo a Davisón G y Neale J. (2005) si la persona que manifiesta este estilo de atribución tiene experiencias estresantes (adversas) se deprime y su autoestima se desploma.

Metalshy y colaboradores (1984) citados por Davisón G y Neale J. (2005), proponen que un suceso estresante genera una respuesta emocional. Posteriormente se busca interpretaciones causales, y un patrón de atribuciones globales y estables hace que se prolongue la repuesta depresiva inicial.

De acuerdo con Abranson et. al (sin dato) citados por Davisón G y Neale J. (2005), la teoría de la desesperanza considera que ciertas formas de depresión (depresiones con desesperanza) son ocasionadas por estados de desesperanza, ciertas expectativas de que no habrá los resultados deseados y que la persona no tiene la capacidad de modificar esta

situación. Se considera que los sucesos negativos de la vida interactúan con diátesis para dar lugar a cierto estado de desesperanza.

Desplazamiento Forzado por la Violencia

Se define como desplazado a: “toda persona que se ha visto obligada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o sus actividades económicas habituales, por que su vida, integridad física o libertad han sido vulneradas o se encuentran amenazadas, debido a cualquiera de las siguientes situaciones causadas por el hombre: conflicto armado interno, disturbios o tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los derechos humanos u otras circunstancias emanadas de las situaciones que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Organización de Estados Americanos, sin dato).

El problema del desplazamiento forzoso es un problema de interés mundial, se estima que en el mundo existen entre 20 a 25 millones de refugiados internos. La Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento [CODHES, 1999] afirma que “el desplazamiento forzado es la más flagrante violación de los derechos humanos en los últimos tiempos (p. 10)”.

El recrudecimiento de la guerra en Colombia, ha aumentado la magnitud del desplazamiento, que aunque éste ha sido persistente con la historia del país, en los últimos años su tendencia de crecimiento es constante. Se estima que para febrero de 2007, el número de personas desplazadas, supera los 2.000.000, con una distribución espacial que afecta la mayoría del país (CODHES y UNICEF, 2003).

Antecedentes generales del desplazamiento forzado por la violencia

El desplazamiento forzado por la violencia solo en las últimas décadas adquiere un valor importante para el conjunto de naciones del mundo. La costumbre de los grupos armados en contienda de amenazar y expulsar a población no combatiente de sus zonas habituales de residencia, es tan antigua como los conflictos bélicos (CODHES y UNICEF 1999).

Los seres humanos tenemos más de quince mil años desterrando violentamente a nuestros vecinos, y poco más de cincuenta años de haber comprendido que esto es un acto criminal.

La tierra ha sido ocupada y utilizada por la humanidad a través del tiempo, entre otras cosas gracias a mecanismos abruptos de invasión y dominación violenta contra población no combatiente. Ha sido trascendental la incidencia del desplazamiento en la actual configuración geopolítica que el mundo conocido no existiera sin el destierro y la reubicación de tantos grupos humanos como consecuencia de los conflictos sufridos a través de los siglos (CODHES y UNICEF 1999)

Muchos civiles indefensos han sido expulsados de sus lugares de residencia por actores armados. Sus desplazamientos hacia nuevas zonas han dado origen a varios procesos de reestructuración territorial, cultural y político en diversas partes del mundo. Por ejemplo, en el siglo XVIII la nobleza huyó de Francia durante la revolución francesa, después de la primera guerra mundial grandes masas huyeron de Asia menor, del imperio ruso y de los Balcanes. Durante la segunda guerra mundial, la amenaza de los Nazis provocó la huida de siete millones de judíos. A pesar de estos hechos hasta principios del siglo XX, las personas que huían de los conflictos al interior de sus países carecían de derechos legales y de protección oficial alguna. A partir de la primera guerra mundial se crearon organizaciones internacionales para ofrecerles protección y asistencia (CODHES y UNICEF 1999).

Después de la primera guerra mundial se creó “la sociedad de las naciones” que nombró varios “Altos Comisionados” para que atendieran a grupos específicos de desterrados. Después de la segunda guerra mundial el mundo inicia una muy fuerte cruzada para la protección de los civiles en los conflictos bélicos. Se suscriben en 1949 los cuatro convenios de Ginebra, uno de los cuales aborda la protección de civiles en los conflictos armados internacionales. En 1951 se establece la Oficina del Alto Comisionado para los Refugiados ACNUR y se adopta la Convención de Naciones Unidas sobre Estatuto para los Refugiados. A partir de ese momento la humanidad cuenta con herramientas operativas y jurídicas para abordar el problema de los desterrados por conflictos bélicos. (ACNUR y Defensoría del Pueblo, 1996)

Buena parte de los mecanismos proporcionados por la Convención de 1951, por analogía en términos de respeto y defensa de los derechos humanos y del derecho internacional humanitario son utilizados más adelante para promulgar los principios rectores del desplazamiento interno por parte de las Naciones Unidas.

La conciencia de la humanidad frente al fenómeno del refugio se ha venido desarrollando a partir de 1951. Sin embargo, el reconocimiento del desplazamiento forzado por la violencia como un problema que requiere de un tratamiento especial al interior de los países, es un proceso aun más lento. Ha sido difícil que los gobernantes acepten con facilidad que a su interior existe población civil que se desplaza, obligada por un conflicto interno en donde uno de los protagonistas combatientes son las fuerzas del estado (CODHES y UNICEF, 1999).

Tan poco visible era el tema del desplazamiento forzado al interior de los países, que solo hasta 1977 se firma el protocolo II complementario de los convenios de Ginebra de 1949, orientado a respetar y hacer respetar por parte de los estados que tienen conflictos internos, las normas humanitarias internacionalmente reconocidas (CODHES y UNICEF 1999).

El desplazamiento forzado en Colombia

Sobre el desplazamiento forzado en Colombia se viene escribiendo y hablando cada vez con más frecuencia. Hace un poco más de una década el tema no revestía mayor importancia dentro del panorama del desarrollo nacional. En la actualidad el fenómeno es tan regular en los medios de comunicación y tan evidente en las esquinas de las grandes ciudades del país, que candidatos, gobernantes, investigadores sociales, entre otros se preocupan por el tema del desplazamiento forzado (CODHES y UNICEF 1999).

Dinámica del desplazamiento forzado en Colombia

Colombia no es ajena al proceso violento de configuración del territorio por parte de colectividades humanas. Los conflictos bélicos ligados a intereses de apropiación y explotación económica, así como del control militar con diferentes propósitos han modelado nuestra geografía a través del tiempo, e inmersa en estas transformaciones se encuentra la expulsión violenta de comunidades negras, indígenas, colonos, campesinos y más

recientemente, de habitantes de zonas marginadas de grandes ciudades (CODHES y UNICEF 1999).

De acuerdo con la misma fuente, durante el siglo XIX y comienzos del siglo XX los conflictos en Colombia mantuvieron un fuerte componente de explotación de las tierras y posesiones de los adversarios ya vencidos.

De igual manera, desde la disolución de La Gran Colombia, hasta 1861, las guerras marcaron un periodo importante en la continuidad de la violencia, con el correspondiente efecto de desplazamiento de miles de personas que huían de la violencia.

Durante el siglo XX, el desplazamiento forzado continúa alimentando procesos de ordenamiento regional en el país, sobre todo a partir de:

Conformación de guerrillas liberales que surgen como reacción a la persecución política iniciada por el gobierno conservador (1946 - 1953).

El asesinato del candidato liberal Jorge Eliécer Gaitán (Abril 9 de 1948).

A un periodo largo de violencia liberal- conservadora que dejó un saldo de cerca de 300 mil muertos y más de dos millones de personas que tuvieron que huir de sus lugares de residencia. Fue en ese entonces donde se produjo la transformación de Colombia de una sociedad rural a una sociedad urbana (CODHES y UNICEF 1999).

Posteriormente, la economía del narcotráfico y grupos paramilitares los cuales marcaron un hito en el desarrollo del conflicto armado y en la colonización de tierras. Éste impuso, en muchas regiones del país, reglas de convivencia ante la ausencia del estado y provocó un aumento significativo en el fenómeno del desplazamiento (CODHES y UNICEF, 2003).

El país ha enfrentado permanentes escenarios de guerra, cuya característica general ha sido la muerte violenta de miles de colombianos ajenos al conflicto, la desintegración del tejido social en zonas de confrontación, los abusos y atropellos en contra de la población civil. Colombia inició el siglo XX inmerso en confrontaciones armadas, que son la expresión de las dificultades de la sociedad para construir un estado democrático y justo. Esta confrontación armada casi continua, se ha cumplido sin referentes de respeto a la dignidad humano de protección a las personas no combatientes y ha repercutido en la construcción económica, política y social de Colombia. (CODHES y UNICEF, 2003).

Los miles de muertos por la violencia representan un alto costo para el país, pero otra manifestación dramática ha sido el desplazamiento forzado de centenares de miles de personas dentro del territorio nacional. Ha existido una continua redistribución demográfica mediatizada por el uso de la violencia (CODHES y UNICEF, 1999).

De acuerdo con la misma fuente, han sido la violencia, el desplazamiento forzado y el despojo manifestaciones constantes del conflicto interno colombiano. Así los desplazados de principios de siglo por la “guerra de los mil días”, los desplazados de mediados de siglo por la “violencia” liberal – conservadora y los desplazados de fin de siglo por el actual conflicto armado fueron y son víctimas de guerras que cambiaron abruptamente sus condiciones de vida y sus referentes familiares, sociales y culturales.

En esta última etapa de esta guerra irregular, a partir de 1985, al aumento de las acciones armadas y la expansión territorial de los actores armados, se han sumado continuas manifestaciones de degradación del conflicto mediante actos contrarios a los derechos humanos y al derecho internacional humanitario, cometidos entre combatientes y por parte de estos contra la población civil indefensa. Masacres, asesinatos, torturas, secuestros, desapariciones forzadas, reclutamiento de menores de edad y usos de armas de efectos indiscriminados, entre otros, se han convertido en el repertorio de la guerra. (Defensoría del pueblo, 2004).

Woo (2006) dice que el grado de vulnerabilidad de las familias en situación de desplazamiento se hace más profundo y adquiere características de cronicidad toda vez que al enfrentarse a las nuevas condiciones de vida, estas intervienen directamente acentuando el estado de vulnerabilidad en todos los aspectos del orden vital de las familias cuando las necesidades básicas de supervivencia hasta la garantía de condiciones dignas de vivienda, educación, trabajo y salud, entre otras no han sido subsanadas de manera integral, oportuna y suficiente.

También Rodríguez (2004), afirma que una de las principales consecuencias del desplazamiento es el desarraigo puesto que las personas establecen relaciones estrechas con su entorno, con el desplazamiento se produce un cambio de contexto, que provoca en las personas pérdidas de referentes que conforman el arraigo y la pertenencia.

La situación de las mujeres desplazadas en Colombia

El desplazamiento forzado interno es un fenómeno más en la historia de violencia, discriminación y exclusión social contra las mujeres en Colombia. Se estima que el 47% de la población internamente desplazada está constituida por mujeres. El 44% de ellas son menores de edad CODHES y UNICEF (2003).

Una de las principales consecuencias del desplazamiento interno forzado según ACNUR (2006) es que las mujeres se ven obligadas a ejercer la jefatura del hogar al perder su pareja. Pero no solo es por la pérdida física (muerte, desaparición forzada, secuestro) que las mujeres deben asumir este nuevo rol. También se debe a la imposibilidad física económica o emocional de los hombres para seguir cumpliendo con su papel tradicional de proveedores principales del grupo familiar.

Las mujeres en situación de desplazamiento se reconocen como sobrevivientes de una tragedia y perciben en su interior una serie de habilidades que no poseen los varones. Gracias a estas pueden transformar su situación y superar la incertidumbre que genera el desplazamiento y recuperar cierta estabilidad para desarrollar sus roles como madres, como compañeras, como líderes y como agentes productivas. Esto deriva en una actitud de protección y de supervivencia que se sobrepone a la adversidad que acompaña la situación del desplazamiento (ACNUR, 2006).

Una vez la mujer se enfrenta a dicha situación, se transforma temporalmente en proveedoras, generadoras de ingresos para ellas y sus familias y en agentes participativas. Continúan ejerciendo su rol tradicional, pero lo modifican asumiendo transitoriamente o en forma permanente múltiples responsabilidades que responden a la necesidad urgente de sobrevivir. Las mujeres en situación de desplazamiento asumen en un alto porcentaje la jefatura del hogar sin garantías institucionales para ello. De acuerdo a la Red de solidaridad social, cuatro de cada diez familias desplazadas tiene jefatura femenina, porcentaje que supera la cifra de jefatura femenina en población no desplazada, la cual según el último censo DANE alcanza un 28.1% (ACNUR, 2006).

El desplazamiento interno forzado obliga a las mujeres a asumir la responsabilidad de la supervivencia de sus familias, en condiciones sociales y culturales diferentes y desiguales respecto a los hombres y mujeres no desplazadas. Al verse presionadas a asumir la jefatura

del hogar, la mayoría de mujeres en situación de desplazamiento son responsables de su propia mantención y la de sus familias, estas mujeres hacen un enorme esfuerzo por conseguir el sustento diario, con un escaso nivel de escolaridad y poca o nula experiencia laboral. Las posibilidades de alguna ocupación remunerada se les presentan en la mayoría de los casos sólo en áreas como el trabajo doméstico, el sector informal (ventas ambulantes) e incluso en la prostitución. (ACNUR, 2006).

Amnistía Internacional (citado en ACNUR, 2006) en un informe temático sobre violencia sexual contra las mujeres víctimas del conflicto armado colombiano, plantea que:

Aunque las mujeres no suelen participar directamente en las hostilidades, son las más afectadas por el trauma del desplazamiento. Muchas acaban de enviudar y se han visto obligadas a huir con sus hijos de sus hogares, abandonando sus posesiones para refugiarse en condiciones precarias en barrios marginales en los cinturones de las ciudades.

Según Amnistía Internacional, debido a su particular situación social, psicológica y económica, las mujeres desplazadas corren más peligro de ser víctimas de agresiones sexuales y violaciones, así como de verse obligadas a ejercer la prostitución. De acuerdo con la información oficial del Ministerio del Protección Social el 36% de las mujeres desplazadas han sido forzadas a tener relaciones con desconocidos (ACNUR, 2006).

De otro lado, el incremento del porcentaje de mujeres menores de 20 años que son madres, es mayor entre las adolescentes en situación de desplazamiento (30%) frente a las que no están en dicha situación. Ello está relacionado con la desescolaridad de las jóvenes y niñas desplazadas (ACNUR, 2006).

Woo (2006) afirma que las familias desplazadas, monoparentales por lo general con jefatura femenina, tienen menos posibilidades de gestión y los niños y jóvenes se ven obligados a ocuparse en labores domésticas y en trabajos informales para generar ingresos, o están en riesgo de ingresar a la delincuencia común.

Política pública y salud mental en Colombia

De acuerdo con Frenk (2000): la salud pública es un punto de encuentro en el que confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción. Además del valor intrínseco, la salud es un medio para la

realización personal y colectiva. Constituye, por lo tanto, un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar.

Siguiendo a Frenk (2000), la salud constituye un espacio para el encuentro entre la naturaleza humana y su organización social, los procesos de salud se expresan en cuerpos de individuos concretos. Pero estos procesos no ocurren en el vacío, sino que ocurren en una matriz social, económica, política y cultural.

Es decir, la salud de una población depende de una red multicausal de factores biológicos, psicológicos y sociales. El estado del medio ambiente, las formas de organización social, la estructura económica, el nivel de democracia, el grado de urbanización, las condiciones materiales de existencia, la escolaridad, nutrición, la fecundidad y los estilos de vida son todos determinantes sociales de salud (Frenk, 2000).

De acuerdo con esto la salud entra de manera directa en los ámbitos de la economía y la política, debido a que existe una relación directa entre los niveles de salud y el desarrollo económico de una sociedad, Frenk (2000) dice que: “la salud representa un espacio donde se articula la política social, con sus metas de bienestar, y la política económica con sus metas de producción.” (p. 27)

Sobre la importancia de la salud pública, también afirma que: “como saber y como práctica social, la salud pública ha sido una de las fuerzas vitales que han producido el progreso colectivo en torno al bienestar.” (Frenk, 2000, p. 29).

Además, Frenk (2000), sostiene que la salud pública tiene dos caras: la primera es el campo de investigación y la otra, es el ámbito para la acción. Estas dos caras tienen sus raíces en dos vertientes. Una es la inglesa, la cual generó un movimiento social encaminado a mejorar las condiciones de vida de la población. Esta tradición se materializó, principalmente en las instituciones gubernamentales con una fuerte inclinación hacia la práctica. La segunda raíz fue alemana, que desarrolló los aspectos científicos. Esta tradición se materializó principalmente en institutos de investigación.

Para definir la salud pública Frenk (2000) dice que:

El concepto va más allá de dicotomías fragmentarias, tales como servicios personales versus ambientales, preventivos versus curativos, o públicos versus privados. En lugar de prestarse a estas dicotomías la salud pública se refiere a los esfuerzos sistemáticos para la

identificación de las necesidades de salud y la organización de servicios integrales con una base definida de población.

Por lo tanto Frenk (2000) citando a Terris, M. (1985) dice que la salud pública incluye: “la organización de personal e instituciones a fin de proporcionar todos los servicios de salud requeridos para la promoción de la salud, la `prevención de la enfermedad, el diagnóstico y tratamiento de padecimientos, y la rehabilitación física, social y vocacional.” (p. 52).

De acuerdo con Frenk (2000), un factor importante en el surgimiento de un punto de vista amplio sobre la práctica de la salud pública, ha sido la creciente participación del estado en el financiamiento y prestación de todos los tipos de servicios de salud, ha medida que el estado ha asumido un papel dominante en el sistema de salud, incluyendo la atención médica personal. De hecho, la mayor parte de recursos que gasta el sector público en todos los países se destina a los servicios curativos personales, ya sea que los proporcionen contratistas privados o personal asalariado del gobierno.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002) define las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP), las cuales son las condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública. Las 11 FESP que de acuerdo con la OPS han sido identificadas como críticas para la práctica de la salud pública en los países de las Américas son: a) monitoreo y análisis de la situación de salud de la población; vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; b) promoción de la salud; c) participación social y empoderamiento de los ciudadanos en salud; d) desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional; regulación y fiscalización en salud pública; e) evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios; f) desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; g) garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos; h) investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública y reducción del impacto de emergencias y desastres en salud (Muñoz et. al. 2000)

Para hablar de salud pública y específicamente de salud mental en Colombia es necesario hacer referencia al sistema general de seguridad social en salud, más concretamente

a la Ley 100 de 1993 y la reforma hecha a la misma en enero del 2007. El objeto de la Ley 100 según Currea-Lugo (2003) es regular el servicio esencial de salud y a la vez crear las condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención. De acuerdo con el mismo autor “la Ley 100 traslada la responsabilidad de la salud pública a las EPS, a las ARS y a los territorios nacionales” (p. 104).

Antes de la reforma a la Ley 100 de 1993, un conjunto importante de programas en salud pública mental los desarrolla el Plan de Atención Básica (P.A.B). Dentro del Plan de Atención Básica se encuentra el proyecto de salud mental. Este proyecto pone todo el énfasis en acciones de promoción y prevención en salud mental, como fuertes componentes de Salud Pública.

La Circular 018 de febrero de 2004 del Ministerio de Protección Social, afirma que es responsabilidad de los departamentos, distritos y municipios adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política de salud pública formulada por la Nación, establecer su situación de salud y propender por su mejoramiento y formular y ejecutar los Planes de Atención Básica en su jurisdicción.

Además en dicha Circular se definen las acciones prioritarias en salud pública para el país. Entre ellas esta la reducción del impacto en salud de la violencia e implementación de las Políticas de Salud Mental y de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas. Para lograr este propósito se crea dentro del P.A.B el proyecto de Salud Mental.

Las metas estratégicas nacionales en salud pública mental 2004 – 2007 son:

1. Desarrollar una Política Nacional de Salud Mental que reduzca el impacto de la enfermedad mental en las condiciones generales de salud de la población colombiana, que opere en todos los niveles territoriales.
2. Planes de Salud mental completamente implementados y operando en el 100% de las Entidades Territoriales en desarrollo de la Política Nacional de Salud Mental.
3. Redes sociales para la prevención de la violencia y la promoción de la convivencia pacífica consolidadas y operando en todas las entidades territoriales.
4. Disminuir el impacto en salud que el conflicto armado y otras formas de violencia ejercen sobre la población colombiana víctima de la violencia.

5. Desarrollar una Política Nacional de Reducción de la Demanda de Sustancias Psicoactivas que reduzca el impacto que el uso y el abuso de estas genera en las condiciones generales de vida y de salud de la población colombiana y en especial en la población más vulnerable, los jóvenes, que opere en todos los niveles territoriales.

6. Comités y Planes Territoriales para la reducción de la demanda de sustancias psicoactivas operando y completamente implementados en el 100% de las Entidades Territoriales.

En enero de 2007 se hace una reforma a ley 100, buscando mejorar el impacto que sobre salud ha tenido mencionada ley. En esta ley se cambia el Plan de Atención Básica por el Plan Nacional de Salud Pública, que estará en ejecución en el año 2008.

Dilian Francisca Toro (2007), miembro del congreso de Colombia, refiriéndose a la ley 1122(2) de enero 2007 la cual reforma la ley 100, dice que uno de los objetivos importantes es fortalecer la salud pública, además reconoce que la ley 100 en salud pública solo ha desarrollado programas dispersos.

De acuerdo con esta congresista, la reforma hecha a la ley 100 perfecciona los siguientes aspectos en salud pública: a) Se define de forma integral y como obligación del Estado. b) Se fortalecen el INS- INVIMA. c) Se genera un plan de salud pública colectiva con soporte técnico- científico. d) Se genera un plan de salud pública individual. También se garantizan recursos para la contratación en salud pública colectiva.

En este mismo sentido al realizar esta reforma, un cambio importante en salud pública, de acuerdo con Luis Alberto Tafur (2007) es:

El cambio hecho a través de esta reforma del Plan de Atención Básica (PAB) por el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP), busca centralizar las decisiones sobre la salud pública y evitar el despilfarro de los recursos a niveles municipal y departamental que se ha observado en la ejecución del P.A.B territorial. Los ET y las EPS, según lo establecido en la nueva Ley, tienen obligación de elaborar un plan operativo para cada año, así como un plan financiero y presupuestal, que permita ejecutar el PNSP definido por el Ministerio de la Protección Social y que hará parte del Plan Nacional de Desarrollo del Gobierno Nacional.

Es decir, con la reforma realizada, uno de los objetivos es dar un marco de acción más coherente a la salud pública buscando mayor eficiencia y mayor impacto de los programas a cargo de los entes nacional, departamental, distrital y municipales.

De acuerdo con el Ministerio de Protección Social (2007) el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 será de obligatorio cumplimiento, en el ámbito de sus competencias y obligaciones por parte de la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud.

El Ministerio de Protección Social (2007) dice que la estrategia para la implementación será incentivar la movilización social de los representantes del sector salud, otros sectores y la comunidad, para que de manera integral y concertada apoyen la construcción de los lineamientos técnicos para desarrollar las acciones individuales y colectivas en salud pública en el ámbito territorial, en concordancia con las políticas en salud establecidas en el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010

También es importante resaltar que el Decreto 3039 de 2007 define:

Las responsabilidades en salud pública a cargo de la nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud [SGSSS], que se complementarán con las acciones de otros sectores definidas en el Plan Nacional de Desarrollo y en los planes de desarrollo territorial.

De acuerdo con la misma fuente los propósitos del Plan Nacional de Salud Pública los siguientes: a) Mejorar el estado de salud de la población Colombiana. b) evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad. c) enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica. d) disminuir las inequidades en salud de la población colombiana.

También el Decreto 3039 de 2007, define “los siguientes enfoques, con el propósito de reducir la carga de la enfermedad y crear las condiciones para modificar la carga futura en la población”.

Enfoque poblacional. Se entiende por enfoque poblacional, las intervenciones en salud simples o combinadas dirigidas a la población en general que buscan modificar los

riesgos acumulados en cada uno de los momentos del ciclo vital, que incrementan la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad.

1. Enfoque de determinantes: Los determinantes son un conjunto de factores que inciden de forma directa en el estado de salud de los individuos y de las poblaciones, que plantea que los resultados en salud de los individuos, grupos y colectividades, dependen de la interacción de cuatro grupos de factores: ambientales, del comportamiento humano, de la herencia y de las respuestas de los servicios de salud. Este abordaje pretende intervenir aquellos factores de riesgo que sean modificables.

2. Enfoque de gestión social del riesgo: El enfoque de gestión social del riesgo se plantea como un proceso dinámico, creativo en el cual se construyen soluciones a partir de un abordaje causal de los riesgos de salud en poblaciones específicas, buscando la identificación y modificación de éstos, para evitar desenlaces adversos, teniendo en cuenta que muchos de los eventos de salud no ocurren al azar sino que son predecibles y modificables con el concurso de los actores de salud, otros sectores comprometidos y la comunidad.

También el Ministerio de la Protección Social, como principal responsable y gestor de las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud en la población, define las siguientes líneas para el desarrollo de la política en salud: a) La promoción de la salud y la calidad de vida. b) La prevención de los riesgos. c) La recuperación y superación de los daños en la salud. c) La vigilancia en salud y gestión del conocimiento. d) La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Además, el Ministerio de Protección Social a través del Decreto 3039 de 2007 define las prioridades nacionales en salud son: a) la salud infantil, b) la salud sexual y reproductiva, c) la salud oral, d) la salud mental y las lesiones violentas evitables, e) las enfermedades transmisibles y las zoonosis, f) las enfermedades crónicas no transmisibles, g) la nutrición, h) la seguridad sanitaria y del ambiente, i) la seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral, j) la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Dentro de los objetivos que se traza el Ministerio de Protección Social está mejorar la Salud Mental, para lo cual propone (Decreto 3039 de 2007):

1. Promoción de la salud y la calidad de vida, dentro de lo que se incluye: a). Conformación de mecanismos de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de las políticas y planes de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas. b) Promover el desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario, orientadas a mejorar las competencias de los individuos, las familias y la comunidad en la promoción de la salud mental y la prevención y control de la violencia intrafamiliar. c) Apoyar las iniciativas actuales para la salud mental y reducción de sustancias psicoactivas otros actores locales, la construcción conjunta de nuevas propuestas, buscando sinergias y sincronías junto a las entidades promotoras de salud - EPS, Ministerio de Educación, Ministerio del Interior y Justicia, Ministerio de Cultura y Deporte, secretarías de desarrollo social, personerías, organizaciones internacionales y organizaciones de base comunitaria. d) Formación de grupos gestores y redes de apoyo de salud mental en los municipios conformados por actores institucionales (juez, inspector de policía, personero, docentes, policía, promotoras de salud, personal de salud, etc.) y comunitarios (líderes, madres comunitarias, pastoral social etc.) y organizaciones no gubernamentales, para el desarrollo de actividades de promoción de la salud mental, prevención de trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas, tamizaje en salud mental, detección temprana, canalización, seguimiento y rehabilitación comunitaria. e) Desarrollar estrategias para favorecer la reinserción laboral y escolar en personas con patología mental controlada. f) Promover capacidades en empresas y centros educativos para la detección de síntomas de trastornos mentales y reorientación a los servicios de atención.

2. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud. a) Incorporación del componente de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas en otros programas sociales y de salud pública relevantes tales como: Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI, familias en acción, comedores comunitarios, programas de crecimiento y desarrollo, escuelas de familia y escuelas saludables, programas para desplazados. b) Promover la conformación de una red comunitaria en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas que favorezca el tratamiento integral en salud mental, participación de la familia y grupos de autoayuda. c) Diseñar e implementar un modelo de atención primaria en salud mental. d)

Ampliar el espectro de intervención de riesgo - población en salud mental para diagnóstico, tratamiento oportuno en trastornos de niños, adolescentes y de la demencia y la enfermedad de Alzheimer. e) Garantizar el acceso a diagnóstico temprano y tratamiento, y al suministro de medicamentos.

3. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento: a). Fortalecimiento de la vigilancia de los eventos más prevalentes en salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y violencia, así como actualización de los diagnósticos departamentales. b) Promover actividades de capacitación en salud mental y reducción de consumo de sustancias psicoactivas, a los referentes institucionales de los niveles departamental y municipal, a los gestores locales de salud mental y a los grupos comunitarios. c) Realizar estudios de costo efectividad e impacto en la unidad de pago por capitación de las intervenciones prioritarias en salud mental.

Desarrollo humano

Se define como el estudio científico de cómo cambian las personas y como permanecen algunos aspectos a través del tiempo. Los cambios ocurren durante toda la vida. (Papalia, 1997).

A continuación se hace una descripción de las principales características que presentan las personas teniendo como base la división hecha por Papalia, (1997).

Adolescencia (12 – 20 Años)

De acuerdo con Papalia (1997), la adolescencia comienza con la pubertad, el proceso que conduce a la madurez sexual. Los cambios físicos en este periodo de la vida son radicales. Los cambios biológicos que señalan el fin de la infancia se traducen en y aumento de peso, cambios en las proporciones y la forma del cuerpo, y el alcance de la madurez sexual. Sin embargo, la adolescencia también es un proceso social y emocional.

Papalia (1997) afirma que: Una de las grandes paradojas de la adolescencia es el conflicto entre el anhelo de los jóvenes por hallar su propia identidad, para expresarse como seres únicos y el arrollador deseo de ser exactamente iguales a sus amigos y amigas. Cualquier cosa que aleje a un adolescente de la multitud puede ser perturbadora.

La mayoría de adolescentes se preocupan mucho por su apariencia. Los muchachos quieren ser altos, anchos de espalda y atléticos; las niñas quieren ser bonitas, delgadas, con muy buena apariencia (Papalia, 1997).

De acuerdo con la misma autora, las niñas tienden a sentirse menos satisfechas con su apariencia física que los niños de la misma edad, debido al énfasis que da la cultura a los atributos físicos de las mujeres. Las mujeres adolescentes tienen más tendencia a deprimirse por las preocupaciones que les causa su aspecto.

Sobre la salud de los adolescentes Papalia (1997) afirma que por lo general no tienen problemas serios, consultan al médico por problemas de piel y cosméticos. Las dificultades más comunes en esta área tienen que ver con enfermedades de transmisión sexual y consumo de drogas.

Sobre el desarrollo intelectual, Papalia (1997) afirma que de acuerdo con Piaget en la adolescencia se entra al más alto nivel del desarrollo cognoscitivo, al cual llamó operaciones formales.

Siguiendo a Papalia, el adolescente tiene una nueva forma de manipular, o funcionar con información. Puede manejar abstracciones, probar hipótesis y ver posibilidades infinitas. Lo cual les permite analizar doctrinas filosóficas y políticas, y en ocasiones formular sus propias teorías; incluso les permite reconocer el hecho de que muchas situaciones no tienen respuestas definitivas.

Cinburg y Opper (1979) citados por Papalia afirman que: La capacidad para pensar en forma abstracta también tiene ramificaciones emocionales. Mientras antes el adolescente podía amar a su madre, u odiar a un compañero, ahora puede amar la libertad y odiar la explotación. El adolescente ha desarrollado un nuevo modo de vida: lo posible y lo ideal cautivan su mente y sentimientos.

Sin embargo, el pensamiento del adolescente sigue siendo inmaduro. Tiende a ser crítico, en extremo sobre todo con figuras de autoridad, a contradecir, a ser tímidos e indecisos.

De acuerdo con Papalia (1997) la principal característica de la adolescencia es la búsqueda de identidad. Esta búsqueda de identidad se plantea en el campo físico,

cognoscitivo, social y emocional, por lo cual se presenta crisis emocional y dificultades con los padres ya que los adolescentes se muestran vacilantes y rebeldes.

Para construir la identidad, el yo organiza las habilidades y los deseos de la persona para adaptarlos a las exigencias de la sociedad. Con la aproximación de la vida adulta comienzan a preguntarse por los roles que desempeñarán en la sociedad de los adultos (Papalia, 1997).

Los adolescentes pasan mucho tiempo libre con personas de su misma edad. Se divierten con sus amigos con quienes se sienten libres y motivados. Tienden a creer que la mayoría de adolescentes comparten sus valores y que las personas adultas no lo hacen (Papalia, 1997).

Se tiende a creer que la relación entre los adolescentes y sus padres es difícil, de acuerdo con Papalia (1997), las investigaciones señalan que la mala relación no es una característica ligada a esta edad. A pesar de algunos conflictos, los adolescentes se sienten muy ligados a sus padres, piensan de manera positiva con respecto a ellos y adoptan valores semejantes. Lo anterior no significa, que entre padres y adolescentes haya una relación libre de problemas, se presentan conflictos que en algunos casos se tornan difíciles.

Siguiendo a la misma autora, la relación creciente entre compañeros es una importante fuente de apoyo durante la compleja transición de la adolescencia. El grupo es una importante fuente de afecto, simpatía y comprensión; un punto de apoyo para lograr la autonomía e independizarse de los padres. También es un espacio para establecer relaciones estrechas que son base para la identidad de la edad adulta.

Berndt y Perry (1990) citados por Papalia (1997) afirman que: “la intensidad de las amistades es mayor en esta etapa que en cualquier otra”(P. 424).

Hay diferencias de género en la amistad. El apoyo emocional y las confidencias son parte esencial en las relaciones femeninas. Los hombres tienden a tener más amigos que las mujeres pero las amistades no son tan estrechas (Papalia, 1997).

Sobre la influencia de los amigos versus la de los padres en esta edad, Papalia (1997) afirma que los compañeros ejercen una poderosa influencia en el adolescente, sin embargo esta no es omnipotente. La mayoría de adolescentes tienen dos grupos de referencia: los

padres quienes tienen influencia en temas trascendentales y los compañeros quienes ejercen influencia en asuntos sociales y más cotidianos.

Edad adulta temprana (20 – 40 años)

En esta edad las personas crecen y cambian en muchos aspectos. Toman decisiones que cambian sus vidas. En esta edad se mantiene un gran potencial para el desarrollo intelectual, emocional y físico (Papalia, 1997).

De acuerdo con la misma autora, el adulto joven goza de plena capacidad física, pues en esta edad la fuerza, la energía y la resistencia se halla en su punto máximo. Tanner (1997) citado por Papalia dice que entre los 30 y los 40 años la estatura es estable, luego comienza a disminuir. El máximo desarrollo muscular se alcanza entre los 25 a los 30 años, los sentidos (olfato, vista, gusto, oído) también alcanzan su máximo desarrollo en la edad adulta temprana.

Además de estar en la cima del funcionamiento sensoriomotor, los adultos jóvenes son el grupo más sano. La mayoría de adultos jóvenes nunca se enferman o se lesionan de gravedad. Las enfermedades crónicas más frecuentes son los dolores de espalda, columna, de oído y artritis (Papalia, 1997).

Siguiendo a Papalia (1997), la situación financiera es lo que más incide en la salud. Las personas de mayores ingresos se benefician de mejores cuidados como posibilidades de llevar un estilo de vida más saludable.

Los adultos que no han tenido acceso a la universidad tienen más riesgos de desarrollar enfermedades. Esto no indica que la educación sea causa de buena salud. Sin embargo la educación está relacionada con otros factores que pueden contribuir a mantenerla. Entre estos factores la educación puede contribuir a que las personas desarrollen autoconfianza, y en consecuencia manejen mejor el estrés (Papalia, 1997).

Sobre el desarrollo intelectual en la edad adulta temprana, Papalia (1997) afirma que las personas piensan de manera diferente que cuando eran niños y adolescentes. En este momento pueden sostener diversas clases de conversaciones, entender problemas muy complejos y resolverlos.

Piaget sostuvo que el desarrollo cognoscitivo en esta edad es el resultado de una combinación de madurez y experiencia. K. Warner Schale citado por Papalia (1997) afirma

que “el desarrollo intelectual está en relación con el conocimiento que las personas hacen de lo que es importante y significativo en sus vidas” (P. 455).

En esta edad puede aflorar la sabiduría como pensamiento flexible que capacita a las personas para aceptar la inconsistencia, la contradicción, la imperfección y el compromiso de manera que puedan resolver problemas de la vida real. Esta madurez de pensamiento, o pensamiento postformal, se basa en la subjetividad y la intuición, así como en la lógica pura (Papalia, 1997).

Erickson (sin dato) citado por Papalia (1997) afirma que en la edad adulta temprana se da la crisis de intimidad versus aislamiento: los jóvenes adultos necesitan y desean intimidad; requieren establecer compromisos profundos con los demás.

También George Vaillant (sin dato) citado por Papalia (1997) afirma que la edad adulta temprana se caracteriza por el desplazamiento de la dominación de los padres por la autonomía, búsqueda de esposa, crianza de los hijos y desarrollo, profundización de las amistades, estudiar o no una carrera, entre otras cuestiones importantes.

La mayoría de adultos se casan por primera vez en la edad adulta temprana. El matrimonio satisface varias necesidades fundamentales. El matrimonio se considera la manera más adecuada de criar los hijos. Entre otros beneficios se cuentan la división de tareas y la unidad de consumo y trabajo. De manera hipotética el matrimonio también es fuente de intimidad, amistad, satisfacción sexual, afecto, compañía y representa una oportunidad de crecer emocionalmente (Papalia, 1997).

De acuerdo con la misma autora los estudios muestran que los hombres y mujeres casados de todas las edades se encontraban más satisfechos que los solteros, divorciados o viudos.

De acuerdo con Papalia (1997) el porcentaje de hombres y mujeres jóvenes que no se casan ha aumentado en las últimas décadas. Las personas que permanecen solteras lo hacen para tener libertad, mejorar su educación y realizar actividades que de pronto pueden afectar a las personas con las que compartieran sus vidas.

Papalia (1997) describe algunos problemas que enfrentan en la sociedad a las personas que deciden estar solteras, entre estos destaca: encontrar trabajo, la aceptación de amigos y la familia y como la soltería afecta su autoestima.

La disolución del matrimonio es un fenómeno de la edad adulta temprana. El divorcio es más común en la actualidad porque la sociedad ha cambiado en su estructura. Terminar un matrimonio, incluso si la relación no ha marchado bien siempre es doloroso, en especial si hay hijos. Un divorcio acarrea sentimientos de fracaso, vergüenza, hostilidad y autorrecriminación. En cualquier situación el divorcio causa estrés (Papalia, 1997).

En este orden de ideas de acuerdo con Papalia (1997) el estrés puede atacar contra la salud. Las personas separadas y divorciadas presentan tasas más elevadas de enfermedad y muerte. J. B Kelly citado por Papalia afirma que: “ira, depresión y desorganización son la reacciones más comunes después del divorcio” (P. 487).

Edad adulta intermedia (40 – 65 años)

De la edad adulta temprana a la edad adulta intermedia, los cambios biológicos que se presentan son graduales. La vista, el oído, el gusto y el olfato se ven afectados. La fuerza, la coordinación y el tiempo de reacción también (Papalia, 1997).

Siguiendo esta misma autora, los padecimientos crónicos más comunes de la edad adulta temprana son: el asma, la bronquitis, la diabetes, los desordenes nerviosos y mentales, la artritis y la hipertensión.

Papalia(1997) afirma que el estrés es una causa importante del malestar en esta etapa de la vida. Los cambios pueden producir estrés. Holmes y Rahe (sin dato), citado por Papalia, asignaron valores numéricos a sucesos estresantes de la vida. Entre los sucesos más estresantes están: la muerte del conyugue, 100 puntos; divorcio o separación, 73 puntos; muerte de un miembro cercano de la familia, 63 puntos. Esta investigación asocia la enfermedad a los eventos estresantes.

Sobre el desarrollo intelectual Papalia (1997) afirma que las personas en la edad adulta intermedia pueden aprender y continúan aprendiendo, no hay evidencia de que el funcionamiento intelectual decline antes de los 60 años; antes se incrementa en algunas áreas como en el vocabulario y la información general. Además, las personas en esta edad presentan una ventaja en la solución de problemas de la vida diaria, lo cual se atribuye a la capacidad para sintetizar sus conocimientos y experiencias (Papalia, 1997).

De acuerdo con la misma autora, los adultos tienden a pensar de modo integral. En particular las personas de edad adulta intermedia tienden a interpretar lo que leen, ven o escuchan de acuerdo con el significado personal o psicológico que tengan para ellas en vez de aceptar lo establecido, lo comparan con sus propias experiencias de vida y aprendizaje, y actúan en consecuencia.

Muchas personas de edad adulta intermedia están en la cima de sus carreras; sin embargo otras están involucradas en el cambio de carreras. Para algunas el estrés ocupacional producido por el desempleo, el agotamiento y las condiciones específicas del trabajo afectan el bienestar físico y emocional (Papalia, 1997).

Seguendo a Papalia (1997) el periodo que va desde comienzos a mediados de los 40 años es un periodo estresante ya que provoca una revisión y reevaluación de la vida del individuo. Los cambios en la personalidad y el estilo de vida en este periodo se atribuyen a la crisis de la mitad de la vida. Según Jacques (1967) citado por Papalia, lo que llega con esta crisis es la conciencia de la mortalidad. La primera parte de la vida ya se ha ido y las tareas ya se han hecho está en la plenitud de su vida, pero ahora descubre que su tiempo se ha hecho más corto y no podrá cumplir los sueños de la juventud. Sin embargo, este descubrimiento no siempre es traumático.

Algunas características de la personalidad permanecen estables en la adultez, pero se presentan crecimiento y cambios. Las personas tienden a volverse más introspectivas, las mujeres pueden volverse más asertivas y los hombres más emocionalmente expresivos (Papalia, 1997).

De acuerdo con Papalia (1997) los cambios típicos de personalidad en la edad adulta intermedia pueden alterar las expectativas e interacciones de la pareja. La incapacidad para adaptarse cada uno a las necesidades del otro puede afectar la vida marital. La tasa de divorcio para las parejas de edad adulta intermedia así como para las parejas más jóvenes ha subido. Las parejas de edad intermedia se separan por las mismas razones que las más jóvenes: mayores expectativas frente al matrimonio e interés en terminar una relación no satisfactoria. El divorcio puede ser traumático en especial para las parejas de edad intermedia y mayor, quienes esperan estabilidad en sus vidas.

Papalia (1997) afirma que en esta edad las personas dedican menos tiempo y energía a la amistad que en otras etapas de la vida. Se inclinan a estar más con la familia y a ocuparse del trabajo.

Según Baruch et al(1983) citado por Papalia: “Algunas amistades persisten a lo largo de la edad intermedia y son una firme fuente de apoyo emocional y bienestar, lo que falta en cantidad de amistades, generalmente lo superan con la calidad”. (P.550).

Edad adulta tardía (65 años en adelante)

La mayoría de personas ancianas tiene buena salud física y psicológica a pesar de los cambios que ocurren al envejecer. También es cierto, que algunas personas de edad avanzada, sufren problemas mentales, físicos o ambos (Papalia, 1997).

De acuerdo con Erik Erickson los ancianos necesitan aceptar su vida y su proximidad a la muerte; si fracasan se sentirán abrumados al comprender que el tiempo es demasiado corto para comenzar otra vida, y por tanto serán incapaces de aceptar la muerte.

De acuerdo con Papalia (1997) un problema grave a esta edad es la situación económica, muchos ancianos viven en la pobreza e incluso en la indigencia. También muchos ancianos a esta edad viven con las familias, por lo cual muchas veces se presenta abuso y maltrato con los ancianos más débiles.

De acuerdo con esta misma autora las relaciones sociales son muy importantes para los ancianos. La familia es la fuente primaria de apoyo emocional, los matrimonios que subsisten hasta la edad adulta tardía tienden a ser satisfactorios, el divorcio no es muy común a esta edad. Sin embargo, para las parejas que se divorcian las tasas de enfermedad mental y de mortalidad son más altas.

En este orden de ideas Papalia afirma que las relaciones interpersonales son importantes en esta edad para el disfrute inmediato, para intimidad y para ayudar en la atención de los problemas propios de la edad.

Bengtson, Cuellar y Ragan (1975), citados por Papalia afirman que en general la gente de mayor edad está menos ansiosa ante la muerte que la gente de mediana edad. A través de los años, cuando se pierden amigos y parientes, las personas reorganizan sus pensamientos y sentimientos para aceptar su propia mortalidad. Además los problemas físicos y otras

dificultades propias de la edad avanzada suelen disminuir el placer de vivir. Quienes sienten que sus vidas han sido más significativas suelen ser más capaces de aceptar la posibilidad de morir.

Epidemiología

La epidemiología es la parte de la ciencia que se dedica al estudio de la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de factores relacionados con la salud y enfermedad en poblaciones humanas determinadas, así como la aplicación de este estudio a los problemas de salud. Es decir, la epidemiología estudia la salud de los grupos humanos en relación con su medio (Londoño, 2004).

De acuerdo con Londoño (2004), la epidemiología es una rama aplicada de la ciencia que estudia la salud y la enfermedad de la población humana, su propósito es mejorar la salud de la población a nivel colectivo o comunitario, por lo cual se sitúa en un contexto interdisciplinario.

La epidemiología en el transcurso de su desarrollo ha incorporado teorías, métodos, conceptos propios de diferentes campos del saber. Se destacan los aportes a la epidemiología de las ciencias biomédicas como la medicina, la patología, la fisiología, la microbiología y la inmunología; de las disciplinas matemáticas como la estadística y la investigación de operaciones, y las ciencias sociales como la psicología, la antropología, la sociodemografía y las ciencias políticas (Londoño, 2004).

De acuerdo con este autor las etapas de la epidemiología son:

1. Descripción del estado de salud de la población de interés
2. Identificación de los factores relacionados con la presentación de la enfermedad o las lesiones o factores de riesgo.
3. Prevención de la presentación de nuevos casos mediante la disminución en la exposición a tales factores, curación de los ya existentes y prolongación de la vida de aquellos incurables.

Londoño(2004) define como funciones de la epidemiología: a) identificar problemas de salud en una comunidad; b) describir la historia natural de las enfermedades; c) descubrir los factores que aumentan el riesgo de contraer una enfermedad o su etiología; d) aclarar los

posibles mecanismos de transmisión de una enfermedad; e) predecir tendencias del comportamiento de una enfermedad; f) conocer si la enfermedad o problema de salud es prevenible o controlable; g) conocer cuál es la estrategia de intervención (prevención o control) más adecuada; h) probar la eficacia de las estrategias de intervención; i) conocer la magnitud del beneficio de aplicar las estrategias de intervención de la enfermedad sobre la población; h) evaluar los programas de intervención.

Además, este autor señala como ramas de la epidemiología:

1. Epidemiología descriptiva. Describe el fenómeno epidemiológico en tiempo, lugar y persona, cuantificando la frecuencia y distribución del fenómeno mediante medidas de incidencia, prevalencia y mortalidad.

2. Epidemiología analítica (investigación etiológica), busca, mediante la observación o experimentación establecer posibles relaciones causa efecto entre "factores" a los que se exponen personas y poblaciones y las enfermedades que presentan.

3. Epidemiología experimental, busca, mediante el control de las condiciones del grupo a estudiar, el sacar conclusiones más complejas que con la mera observación no son deducibles. Se basa en el control de los sujetos a estudiar y en la aleatorización de la distribución de los individuos en dos grupos, un grupo experimental y un grupo control. Se ocupa de realizar estudios en animales de laboratorio y estudios experimentales con poblaciones humanas

4. Ecoepidemiología: busca, mediante herramientas ecológicas, estudiar integralmente como interaccionan los factores ambientales con las personas y poblaciones en los medios que los rodean y como ello puede influir en la evolución de enfermedades que se producen como consecuencia de dicha interacción.

Metodología en epidemiología

Según Londoño (2004) la epidemiología se basa en el método científico para la obtención de conocimientos. Ante un problema de salud, y dados los datos disponibles sobre el mismo, se formulan unas hipótesis, las cuales se traduce a una serie de consecuencias contrastables mediante experimentación. A partir de lo cual se diseña un proyecto de investigación que comienza con la recogida de datos y su posterior análisis estadístico y con

ello se calculan medidas de asociación, de impacto y de contraste de hipótesis. De los resultados se obtienen conocimientos que se traducen en recomendaciones de salud pública y datos adicionales con los que generar nuevas hipótesis.

Tipos de investigación epidemiológica

Londoño (2004) describe que de acuerdo con las diferentes estrategias metodológicas empleadas en la búsqueda del conocimiento los estudios epidemiológicos pueden dividirse en dos grandes grupos: los experimentales y los observacionales.

Los estudios experimentales son aquellos en los cuales es posible manipular la variable independiente exposición y asignar aleatoriamente los participantes a los grupos definidos por ella. Una derivación de los estudios experimentales son los estudios cuasi experimentales en los que la asignación no es aleatoria aunque el factor de exposición es manipulado por el investigador.

Los estudios observacionales son aquellos en los cuales no existe manipulación del factor de exposición por el investigador pues este se limita a observar a los participantes con sus condiciones y características propias. Los estudios observacionales se pueden clasificar en descriptivos y analíticos.

Por otra parte, este autor afirma que los estudios descriptivos se realizan cuando el conocimiento existente acerca de la etiología o de las características de una enfermedad es insuficiente, pero permiten una aproximación al conocimiento de esta; en muchas ocasiones son diagnósticos de morbilidad y mortalidad. A partir de estos estudios pueden generarse hipótesis etiológicas que deben ser probadas mediante estudios analíticos.

Por otra parte, un estudio analítico se realiza para probar hipótesis específicas relacionadas con los factores que presumiblemente están asociados causalmente con la presentación de un evento de salud. Los subtipos más importantes de los estudios son los de seguimiento y los de cohorte y los de casos y controles (Londoño, 2004).

De acuerdo con la presentación de los eventos en el tiempo, los estudios epidemiológicos también suelen clasificarse como retrospectivos, prospectivos y de corte. Un estudio retrospectivo se basa en eventos pasados relacionados con la enfermedad. Los estudios prospectivos, observan la presentación de eventos futuros (Londoño, 2004).

Por su parte, los estudios prospectivos y retrospectivos reciben la denominación común de longitudinales debido a que los eventos de interés se observan en el transcurso del tiempo. También se hace mención de los estudios de corte o transversales que miran eventos actuales, como son los estudios de prevalencia que muestran la frecuencia y las características con las que se presenta una enfermedad en determinado momento.

De acuerdo con Londoño (2004), en la búsqueda del conocimiento epidemiológico se identifican dos objetos de atención complementarios:

El conocimiento de aquellos factores relacionados con el estado de salud de la población, o sea el conocimiento etiológico.

La intervención dirigida a la modificación de la exposición a tales factores por medio del diseño y la ejecución de programas de conocimientos, actitudes y prácticas de la población.

Las Medidas Epidemiológicas

De acuerdo con Londoño (2004), la epidemiología observa los fenómenos relacionados con la mortalidad y la morbilidad de las poblaciones y los describe por medio de medidas, las cuales tienen diferentes connotaciones y adoptan formas particulares de acuerdo con el propósito que se persigue en cada situación.

En una primera aproximación al problema de la medición de la magnitud de los eventos relacionados con la salud, distingue dos dimensiones temporales en los que ellos se manifiestan: incidencia y prevalencia: a) prevalencia: es una medida que da a conocer la frecuencia con la cual se presenta en un determinado momento un evento de salud independientemente de cuando se haya iniciado. b) incidencia: frecuencia con la cual un evento de salud se presenta en un periodo de tiempo.

METODOLOGÍA

Enfoque metodológico

El enfoque empírico analítico es resultado de la manera como el hombre ha buscado formas de construir conocimiento. Así, de acuerdo con Álvarez R (1996), en la mayoría de culturas prehistóricas y muchas antiguas se pensaba que los conocimientos y creencias habían sido reveladas por Dios o dioses, siendo por esto la fe la base del conocimiento.

Posteriormente, en el siglo XVII surge un movimiento filosófico que no acepta como cierto ningún principio sin análisis racional del mismo. El representante más conocido es Descartes, quien afirmaba que la visión de la realidad no puede basarse en una explicación extraña a la que la propia razón puede aceptar, plantea encontrar un método que permita la búsqueda de la verdad, fundamentado en la duda metódica, criticando todo aquello que no es evidente. En síntesis los racionalistas no aceptaban explicaciones sobre la realidad que la mentalidad humana no pudiera entender, tampoco consideraban aceptables conocimientos impuestos con base en relaciones divinas (Álvarez, 1996, p. 8).

Siguiendo a Álvarez “a finales del siglo XVII surge otro importante movimiento filosófico, el empirismo. Los empiristas creían que todo conocimiento, incluidas las ideas, era obtenido por el contacto del hombre con el medio que lo rodea, dando prioridad a la observación sobre el razonamiento” (1996, p. 9).

De acuerdo con el mismo autor el positivismo surge en el primer tercio del siglo XIX, como una reacción frente al empirismo que se dedicaba a recolectar datos sin inducir los conocimientos más allá del campo de observación. Los positivistas creían que el conocimiento surge a partir de la observación, también creían que a partir de la observación podían crearse leyes generales, eran por tanto inductivistas (Ascary, A. y Peña, 2006).

Luego como resultado de las discusiones entre empiristas y positivistas nace el nuevo positivismo. De acuerdo con Álvarez (1996) el neopositivismo cree que hay una realidad que nuestros sentidos perciben, al igual que el positivismo y los empiristas. Los neopositivistas aceptan que la inducción es a veces prematura en los positivistas, aunque creen que el hombre es capaz de conocer la realidad del mundo que lo rodea. Una de sus aportaciones más importantes es la inducción probabilística, de gran arraigo en la actualidad.

De acuerdo con el mismo autor, la inducción probabilística tiende dos supuestos fundamentales: a) si una hipótesis es verificada en diversas circunstancias y si además se cumplen predicciones basándonos en ella, la probabilidad de que sea cierta es alta; y. b) la probabilidad de una hipótesis aumenta si acumulamos evidencia a su favor.

Por lo tanto, la investigación cuantitativa tiene sus bases en el paradigma positivista y neopositivista. De acuerdo con Álvarez (1996), las investigaciones cuantitativas a través de la observación o la o la experimentación elaboran hipótesis las cuales se mantienen mientras no puedan ser refutadas. A partir de varias hipótesis demostradas se forman teóricas que explican algunos aspectos de la realidad.

En una investigación cuantitativa se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables. En este estudio en particular se recogen y analizan datos relativos a síntomas depresivos presentes en la población víctima del desplazamiento forzado por la violencia residiendo en el municipio de San Pablo (Nariño). Por otro lado, con base en los elementos teóricos de la depresión expuestos anteriormente y las características de vulnerabilidad de esta población, es de esperar que los síntomas depresivos estén presentes en ella. Los datos aportan evidencia en relación con esta hipótesis.

Tipo de estudio

Este estudio tiene un enfoque epidemiológico, ya que identifica la frecuencia y distribución de síntomas depresivos de acuerdo a variables socio-demográficas en la población víctima de desplazamiento forzado por la violencia residiendo en San Pablo (Nariño). Esto es coherente con la definición dada por Londoño (2004), según la cual, “la epidemiología es una rama aplicada de la ciencia que estudia la salud y la enfermedad de la población humana. Su objetivo es mejorar la salud de la población. El objeto de interés de la epidemiología es la salud colectiva”.

La investigación tiene un diseño de tipo cuantitativo – descriptivo, ya que está dirigida a determinar cómo se encuentra la variable estudiada en la población, la presencia o ausencia del fenómeno (la depresión), dónde, en quiénes y cuándo.

Dankhe (1986, citado por Hernández, Fernández y Batista, 1991) afirma que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos,

comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar.

Este estudio es de tipo trasversal según la clasificación de Hernández, Fernández y Batista (1991), ya que se tiene presupuestado realizar una sola medición recolectando los datos en un solo momento, sin hacer medidas de seguimiento en varios momentos.

El estudio mide la variable determinada (depresión) en varios grupos de personas (en este caso, los grupos clasificados según variables socio-demográficas), describiendo y analizando su prevalencia, y no busca encontrar una relación de causa efecto.

Variables

Depresión

Basado en el marco teórico, en esta investigación se asume la depresión como un trastorno mental afectivo caracterizado por la presencia de síntomas como la tristeza, la pérdida de interés y la incapacidad para experimentar sentimientos de placer. Los síntomas depresivos pueden organizarse dentro de cuatro dominios: Cognitivos, Conductuales, fisiológicos y afectivos. Sue, D, Sue, D y Sue, S. (1994).

Variables socio-demográficas

Genero: condición orgánica femenina o masculina de la población estudiada.

Edad: Se define el tiempo que una persona ha vivido, a contar desde el momento en que nació. Debido a que no hay un acuerdo unánime para determinar cuántas y cuáles son esas etapas, en la presente investigación se trabajará dividiendo la población en cuatro rangos (tomando la división realizada por Papalia, 2002): Adolescencia (12 – 20 años), edad adulta temprana (20 – 40 años), edad adulta intermedia (40 – 65 años) y edad adulta avanzada (65 en adelante).

Estado civil: clasificación dada socialmente a una persona que puede ser soltero, casado, viudo, unión libre y divorciado/ separado.

Tiempo en situación de desplazado.

Pérdidas (de vidas) de familiares como causa de la situación de desplazamiento: Si/
No.

Madre cabeza de familia: mujer que tiene bajo su responsabilidad el sostenimiento del hogar.

Profesión u oficio: obrero/ jornalero, empleado, estudiante, empleada doméstica, desempleado.

Escolaridad: analfabeta, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, estudios superiores.

Procedencia: lugares de donde provienen las personas en situación de desplazamiento.

Zona: procedencia rural o urbana de la población.

Instrumento: Cuestionario CES-D

El Centro para Estudios Epidemiológico del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos ha desarrollado un cuestionario para evaluar síntomas de depresión en la población general. Este instrumento fue desarrollado por Leonore Radloff en la década de los setentas. En este cuestionario se pide a un individuo que informe la frecuencia con que cada uno de los 20 eventos descritos era experimentado durante la semana anterior. En este cuestionario, se marca los círculos al lado de cada Ítem teniendo en cuenta el que mejor refleje como se experimentó el evento descrito en los últimos siete días (Center For Epidemiologic Studies Depression - CES-D, sin dato). (Ver Anexo A)

Locke, B. Z., y Putnam, P. del Center for Epidemiologic Studies, National Institute of Mental Health (sin dato) afirman que en el CES – D, las personas que responden indican la frecuencia o duración de tiempo (en la última semana) que ellos han experimentado cierta emoción/situación. Se marcan las respuestas a los ítems entre 0 y 3; 0 indican que la situación ha ocurrido “raramente o ninguna vez en el tiempo” (menos de 1 día); 1 indica “algunas veces o pocas veces en el tiempo” (1 a 2 días); 2 indican “de vez en cuando o un moderado en el tiempo” (3 a 4 días); y 3 indican “la mayoría o todo el tiempo” (5 a 7 días). Cuatro ítems se formulan en una dirección positiva para romper las tendencias en las respuestas, así como para evaluar “rasgos positivos”.

De acuerdo con los mismos autores, para determinar el grado de depresión expresado numéricamente, se suma cada uno de los números correspondientes a los círculos marcados. Primero, sin embargo, se invierte los valores en los ítems 4, 8, 12, y 16 de tal manera que 0 =

3, 1 = 2, 2 = 1, y 3 = 0. Debido a que estos cuatro ítems reflejan las experiencias positivas en lugar de negativas. Teniendo en cuenta la situación antes descrita se suman los números correspondientes a los 20 ítems; el resultado estará en el rango de 0 a 60. (Si hay cuatro o más ítems sin marcar, es recomendable no continuar con el proceso de puntuación del CES-D.) Si el total de la puntuación es 16 o mayor, quien respondió pueden haber experimentado un poco de depresión en la última semana. Este cuestionario simplemente debe usarse como un indicador del grado de depresión. Sólo un profesional de salud mental competente puede hacer un diagnóstico clínico fiable de depresión (Center for Epidemiologic Studies Depression - CES-D).

De acuerdo con Locke y Putnam (sin dato) del Center for Epidemiologic Studies, National Institute of Mental Health) el cuestionario CES – D es una valiosa herramienta por identificar un grupo de riesgo para la depresión y para estudiar la relación entre los síntomas depresivos y otras variables.

Para Locke y Putnam (sin dato) el cuestionario CES-D está diseñado para medir síntomas depresivos en población general. Los veinte ítems que tiene el cuestionario mide los siguientes componentes de la sintomatología depresiva: el humor depresivo, incluyendo, sentimientos de culpa e inutilidad, retardo psicomotor, pérdida del apetito y perturbación del sueño.

Siguiendo a los mismos autores El CES-D se usa para hacer tamizaje inicial de síntomas relacionados con depresión. Por lo cual, se sugiere que el cuestionario sólo se use como un indicador de síntomas relacionando a la depresión, no como un medio válido clínicamente para el diagnóstico de depresión. Estos mismos autores aclaran que este instrumento se ha usado extensivamente para los propósitos de la investigación de depresión entre la población no psiquiátrica.

Ricardo F. Muñoz (sin dato) al hablar sobre los instrumentos de screening como el CES – D, dice que no producen un diagnóstico, sino que detectan la presencia de síntomas que se considera son parte de la condición evaluada.

Locke y Putnam (sin dato) afirman que el instrumento se puede administrar en papel y lápiz, que para administrarlo no se requiere ningún entrenamiento, que tiene una duración de 10 minutos.

De acuerdo con el mismo autor El CES-D mide 4 factores: a) afecto depresivo; b) los síntomas somáticos; c) Efecto positivo y las relaciones interpersonales.

Radloff (sin dato), afirma que las preguntas son fáciles de contestar y cubren la mayoría de las áreas que se incluyen en el criterio de diagnóstico para la depresión. Se ha usado en las poblaciones urbanas y rurales, y en los estudios transculturales de depresión.

Población

Los miembros de las familias registradas como desplazados por la violencia en Acción Social que residen en el municipio de San Pablo- Nariño con edad mayor o igual a 12 años. En total, las personas que cumplen este requisito son 118. Participaron en el estudio las personas que voluntariamente decidieron hacerlo.

Procedimiento

La investigación se ejecutó en dos momentos. En el primer momento se aplicó el instrumento, y en el segundo momento se hizo el análisis e interpretación de la información recolectada.

Para identificar los posibles síntomas depresivos se aplicó entre los participantes el cuestionario CES-D que cuenta con 20 preguntas.

Con el fin de garantizar condiciones coherentes con el Código Deontológico (Ley 1090 de 2006), se establecieron los siguientes criterios de contacto con las personas que participaron en la investigación.

1. Se invitó a las personas a participar en una investigación sobre la medición de síntomas depresivos en la población que ellos representan.

2. Se explicó que la participación es voluntaria y que no habría ninguna clase de remuneración para las personas que participen en la investigación.

3. Se explicó que esta investigación es importante ya que va a describir las condiciones que en salud mental, específicamente en depresión presenta la población víctima de desplazamiento, lo cual puede ser útil para que se tomen medidas a nivel local para la atención de esta población.

4. Luego se aplicó el cuestionario a las personas que estén totalmente de acuerdo.

El contacto con las personas en situación de desplazamiento se realizó en visitas casa a casa en el área rural y urbana del municipio.

Junto con el CES-D se aplicó un cuestionario con preguntas sobre variables socio-demográficas: género, edad, estado civil, tiempo en condición de desplazado, pérdidas de vidas como causa del desplazamiento, madre cabeza de familia (si/no), profesión u oficio, escolaridad, lugar de procedencia y zona rural o urbana de procedencia.

El segundo momento se refiere al análisis e interpretación de la información, el cual consta del análisis psicométrico de la prueba para la población, análisis estadístico de variables, el cruce de niveles de depresión de acuerdo con las categorías de las variables, establecer si los datos de la variable CES-D pertenecen a una distribución normal, la comparación de las medias obtenidas por la población para establecer si son estadísticamente significativas a través del Test de Kruskal Wallis y el procedimiento de las Mínimas Diferencias Significativas de Fisher y la interpretación desde la perspectiva de salud pública, las teorías discutidas en precedencia sobre depresión y el contexto sociocultural de San Pablo Nariño.

Plan de Análisis de Datos

Se realizó el análisis e interpretación de los datos obtenidos a partir de la aplicación del cuestionario CES-D a través del programa estadístico STATGRAPHICS 5.1 plus.

Estadística Descriptiva

En esta investigación para organizar, analizar e interpretar los datos se recurrió a las herramientas metodológicas y procedimentales proporcionadas por la estadística descriptiva. Por esta razón se define de manera somera los conceptos básicos de la estadística descriptiva.

Siguiendo a Wayne (1982) se define estadística como: “conceptos y técnicas que se emplean en la recopilación, organización, resumen, análisis, interpretación y comunicación de información numérica” (p.12). La estadística descriptiva es una parte de la estadística que se dedica a analizar y representar los datos. Este análisis es muy básico, pero fundamental en todo estudio. Algunas de las técnicas empleadas en este primer análisis de los datos son básicamente un estudio calculando una serie de medidas de tendencia central, para ver en qué

medida los datos se agrupan y medidas de variabilidad para ver como se dispersan los datos en torno a un valor central.

Medidas de tendencia central

De acuerdo con Wayne (1982) una medida de tendencia central es un único número que indica el centro de una serie de números a partir de los cuales se calcula. Las medidas de tendencia central también se llaman medidas de localización. Una medida de tendencia central implica el concepto de “promedio”.

Son varias las medidas de tendencia central que se suelen utilizar: la media aritmética, la moda, la mediana, son las más comunes y se emplearán en el análisis de esta investigación.

Media aritmética. Según Wayne (1982) es la medida de tendencia central que se encuentra con más frecuencia, también llamada media. La media aritmética de una variable se define como la suma ponderada de los valores de la variable por sus frecuencias relativas y lo denotaremos por \bar{x} y se calcula mediante la expresión:

$$\bar{x} = \sum_{i=1}^n x_i \cdot f_i = \sum_{i=1}^n \frac{x_i \cdot n_i}{N}$$

Donde x_i representa el valor de la variable o en su caso la marca de clase.

Mediana. De acuerdo con Wayne (1982) la mediana es aquel valor que se encuentra a la mitad de una muestra o población cuyos valores están ordenados en orden de magnitud. Si el número de valores es impar, la mediana es igual al valor de la mitad. De esta manera la mediana divide las observaciones en dos mitades.

La mediana es el valor central de la variable, es decir, supuesta la muestra ordenada en orden creciente o decreciente, el valor que divide en dos partes la muestra.

Para calcular la mediana debemos tener en cuenta si la variable es discreta o continua.

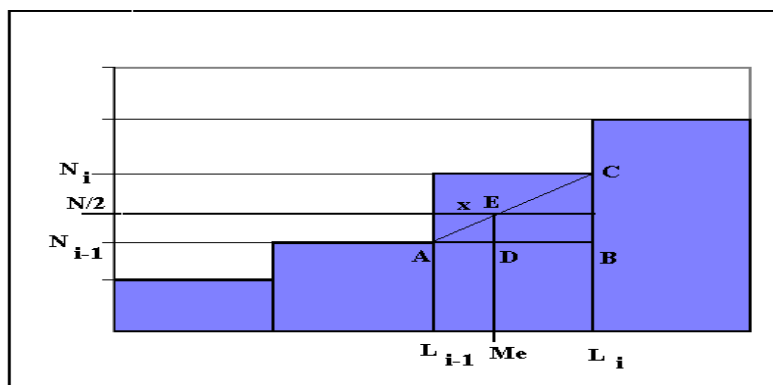
Cálculo de la mediana en el caso discreto:

Tendremos en cuenta el tamaño de la muestra.

Si N es **Impar**, hay un término central, el término $X_{\frac{N+1}{2}}$ que será el valor de la mediana.

Si N es **Par**, hay dos términos centrales, $X_{\frac{N}{2}}$, $X_{\frac{N}{2}+1}$ la mediana será la media de esos dos valores

Para el cálculo de la mediana en el caso continuo, según Wayne (1982) si la variable es continua, la tabla vendrá en intervalos, por lo que se calcula de la siguiente forma: Nos vamos a apoyar en un gráfico de un histograma de frecuencias acumuladas.



De donde la mediana vale: $Me = L_{i-1} + \frac{N/2 - N_{i-1}}{N_i - N_{i-1}} \cdot a_i$ donde a_i es la amplitud del intervalo

Moda. Según Wayne (1982) la moda es el valor de la variable que tenga mayor frecuencia absoluta, la que más se repite. Por su propia definición, la moda no es única, pues puede haber dos o más valores de la variable que tengan la misma frecuencia siendo esta máxima. En cuyo caso tendremos una distribución bimodal o polimodal según el caso.

Medidas de dispersión

Una medida de tendencia central sola no proporciona generalmente una descripción satisfactoria de un conjunto de datos. Para analizar los datos con frecuencia también es

necesaria una medida de la manera en que los valores individuales se desvían del promedio. A estas clases de medidas se les conoce como medidas de variabilidad. La variabilidad tiene como sinónimo la dispersión (Wayne, 1982)

Rango. Según Wayne (1982) es la medida más simple de variabilidad, se define como la diferencia existente entre el valor mayor y el menor de un conjunto de datos. Lo notaremos como **R**. Realmente no es una medida muy significativa e la mayoría de los casos, pero indudablemente es muy fácil de calcular.

Varianza. Las limitaciones del rango se pueden evitar con otra medida de variabilidad conocida como varianza. La varianza de un conjunto de datos se obtiene restando a cada uno de los valores el valor de la media de todos los valores, elevando al cuadrado las cada una de las diferencias resultantes, sumando las diferencias al cuadrado y dividiendo este total por el número de valores menos uno (Wayne, 1982).

$$S_x^2 = \sigma_x^2 = \sum_{i=1}^n \frac{d_i^2 \cdot n_i}{N} = \sum_{i=1}^n \frac{(x_i - \bar{x})^2 \cdot n_i}{N}$$

La desviación típica. Según Wayne (1982) la raíz cuadrada positiva de la varianza se denomina desviación típica. Para muchos fines es una medida de variabilidad más útil que la varianza. Por un lado, la desviación típica se expresa en las mismas unidades que las observaciones originales y la media mientras que la varianza se expresa en unidades elevadas al cuadrado.

Programa Estadístico

El análisis de datos se realizará utilizando el STATGRAPHICS 5.1. Es un software de análisis estadístico muy completo para ser usado en investigaciones. Se escoge este programa estadístico por que tiene las herramientas necesarias para realizar el análisis estadístico que la presente investigación requiere.

De acuerdo con Cesar Pérez López (2007) el STATGRAPHICS 5.1 “es un completo sistema de análisis de datos. Este programa puede adquirir datos de prácticamente cualquier tipo de archivo y de bases de datos externas y utilizarlos para generar informes tabulares, gráficos y diagramas de las distribuciones y de las tendencias, estadísticos

descriptivos y complejos análisis estadísticos. El editor de datos le ofrece una herramienta simple y eficaz con un diseño del tipo hoja de cálculo, que le permitirá introducir datos y examinar el archivo de datos de trabajo. Los gráficos, de alta resolución y con calidad de presentación, son una parte esencial e integrada del sistema Base. (<http://sabanet.unisabana.edu.co>).

Manejo de datos. Antes de iniciar una sesión de análisis de datos, éstos deben ser introducidos en el programa. Existen muchas formas distintas de administrar datos al programa. Desde la introducción directa por el teclado, la lectura de un archivo, la importación de datos de otras aplicaciones, el cortado y pegado desde otra tabla de datos, hasta una potente herramienta de consultas a otras bases de datos (MSAccess, Excel, Dbase, etc) a través del servidor ODBC de Windows (López, 2007).

Variables y casos. Todo conjunto de datos puede ser visto como una matriz. Las filas se corresponden con los distintos sujetos o unidades de investigación, sobre los que se han realizado las distintas observaciones.

Análisis descriptivo. El primer paso en el análisis de datos, una vez introducidos los mismos, es realizar un análisis descriptivo de la muestra. Este análisis inicial nos proporcionará una idea de la forma que tienen los datos: su posible distribución de probabilidad con sus parámetros de centralización; media, mediana y moda; así como sus parámetros de dispersión; varianza, desviación típica, etc. El STATGRAPHICS 5.1, tiene las herramientas necesarias para realizar un análisis descriptivo eficiente de los datos.

RESULTADOS

Aplicación de instrumento

La recolección de la información se realizó a través de la aplicación de un cuestionario compuesto por dos secciones. En la primera sección se indaga sobre las variables socio-demográficas y la segunda sección la compone la CES-D (Anexo C).

Para aplicar el instrumento, se realizaron visitas domiciliarias en el área rural y urbana del Municipio de San Pablo, durante las cuales el investigador realizó una presentación del estudio y del proceso de aplicación del instrumento, solicitó consentimiento a los participantes e hizo la aplicación de manera individual y guiada a aquellas personas que aceptaron participar en el estudio.

La población de esta investigación quedó conformada por 84 personas, hombres y mujeres con rango de edad entre 12 a 61 años.

Debido a que las personas en situación de desplazamiento conforman una población flotante, el cuestionario se aplicó a la población presente en el municipio de San Pablo Nariño en el período comprendido entre la primera y segunda semana de febrero de 2008.

Análisis psicométrico de la prueba

El análisis psicométrico se realiza con el propósito de conocer si el CES – D es un cuestionario psicométricamente sólido para medir sintomatología depresiva.

Una primera aproximación a la validez de la prueba en la población, se realizó con base en el análisis de ítems. Se encontraron correlaciones entre 0,30 y 0,72, valores que difieren significativamente de 0, si se tiene en cuenta el tamaño de la población; las correlaciones ítem-prueba corregidas son altas, (Tabla 2) lo que aporta evidencias sobre la validez de los ítems que conforman el instrumento.

Tabla 2.*Validez de los ítems del CES-D en la población*

Ítem	Correlación ítem-prueba corregida
1	0,56
2	0,58
3	0,72
4	0,37
5	0,48
6	0,71
7	0,61
8	0,39
9	0,50
10	0,58
11	0,61
12	0,52
13	0,30
14	0,56
15	0,42
16	0,63
17	0,57
18	0,57
19	0,52
20	0,58

En segunda instancia, se recurrió al análisis de varianza para obtener estimaciones de la consistencia y validez del instrumento para la población objeto de investigación.

La prueba mostró unidimensionalidad (Figura 1) lo cual significa que todos los ítems de la escala CES – D se orientan hacia la medición de sintomatología depresiva. El primer factor refleja bien las respuestas a los ítems sin que haya una pérdida importante de información. Este factor explica el 37,8% de la varianza lo cual corrobora la unidimensionalidad del instrumento (Tabla 3).

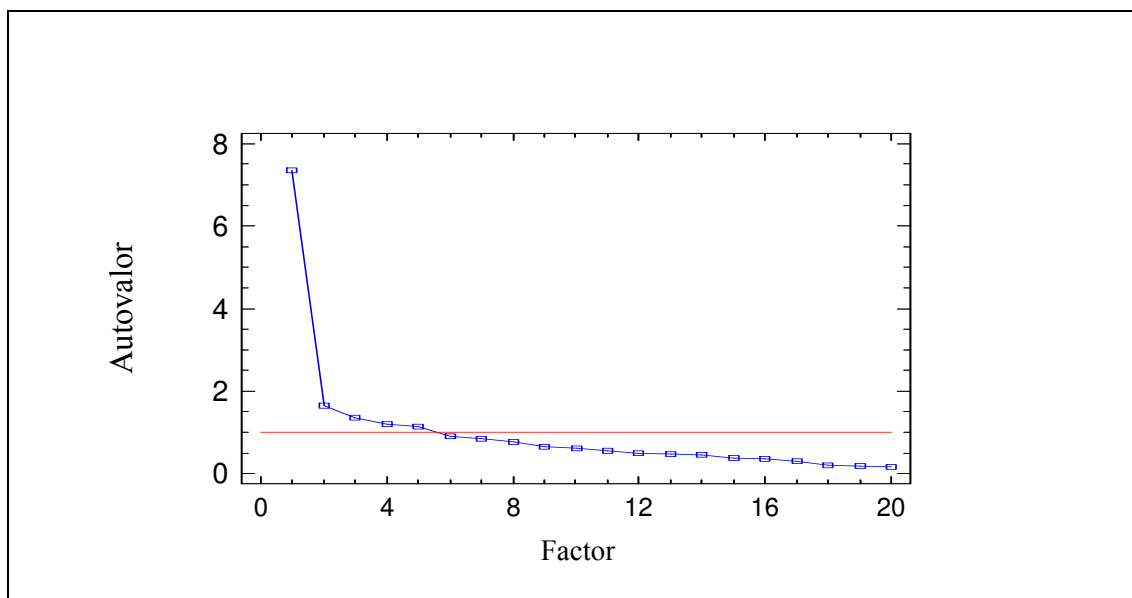


Figura 1. Análisis factorial de la CES – D

Tabla 3.

Análisis factorial CES – D

Factor Número	Porcentaje de varianza explicada
1	37,8
2	7,2
3	6,7
4	5,9
5	5,6

Aunque no hay un acuerdo unánime de qué porcentaje de varianza sirve para afirmar que un instrumento es básicamente unidimensional Reckase (1979, citado por Burga, 2005) afirma que un instrumento es unidimensional si un factor explica por lo menos el 20% de la varianza. Otro criterio que usualmente se usa para afirmar que una prueba es unidimensional es que la diferencia entre primer y segundo valor propio sea mayor de 5. Por lo cual se demuestra (Tabla 3) que el instrumento es una herramienta confiable para obtener información sobre sintomatología depresiva en la población.

Características de la población

La población está compuesta por 84 sujetos residentes en el municipio de San Pablo Nariño quienes se encuentran registrados como personas en situación de desplazamiento forzado por la violencia en el Sistema Único de Registro (SUR) de Acción Social.

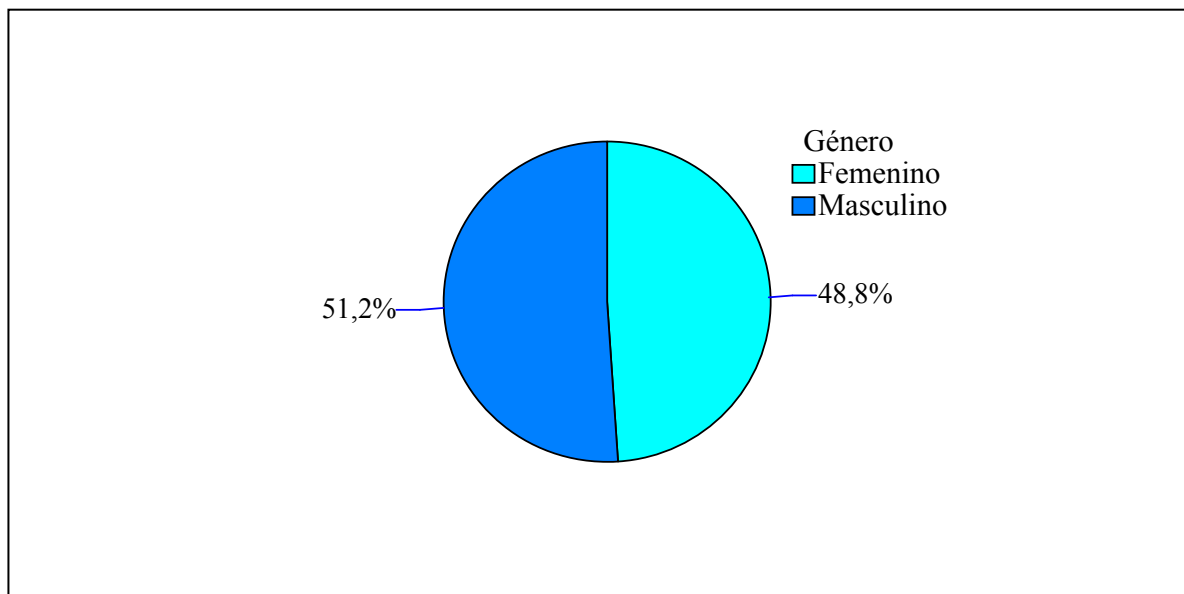


Figura 2. Distribución de la población en situación de desplazamiento de acuerdo al género.

Teniendo en cuenta el género (Figura 2), el 48.8% de la población equivalente a 41 sujetos, son mujeres y el 51.2% equivalente a 43 sujetos, son hombres.

Tabla 4.

Resumen estadístico de la edad de la población en situación de desplazamiento

Media	28,7
Mediana	28,0
Desviación estándar	13,3
Mínimo	12
Máximo	61
Rango	49,0
Asimetría	0,3
Curtosis	-1,1

De acuerdo con la Tabla 4, el promedio de edad de los sujetos es de 28,7 años y la mediana de edad es de 28 años; lo cual significa que la mitad de los sujetos sobrepasa los 28 años y la otra mitad es menor. La dispersión de la población en la prueba es alta debido a la desviación estándar es de 13,3 y tiene un rango de 49. La asimetría es de 0,3; lo cual significa que bajo la curva hay más valores agrupados hacia la izquierda, lo que muestra que la mayor parte de la población se encuentra en la adolescencia y la edad adulta temprana. La curtosis es de -1,1; muestra que la curva resultante de la distribución es más plana que la curva normal; lo cual también corrobora lo afirmado anteriormente respecto a la dispersión.

Tabla 5.

Resumen estadístico de la edad y género de la población en situación de desplazamiento

	Hombres	Mujeres
Media	28,8	28,5
Mediana	26,0	30
Desviación estándar	14,7	11,8
Mínimo	12	13,0
Máximo	61	49,0
Rango	49	36,0

De acuerdo con la Tabla 5, el promedio de edad de la población de género masculino es de 28,8 años y la mediana es de 26 años; esta última significa que la mitad de los hombres sobrepasa los 26 años y la otra mitad es menor. La dispersión de la población es más alta que en la población general con una desviación estándar de 14,7 y un rango de 49. La edad de los sujetos está comprendida entre 12 y 61 años.

De acuerdo con la Tabla 5, el promedio de edad de la población de género femenino es de 28,5 años y la mediana es de 30 años; lo cual significa que la mitad de las mujeres sobrepasa los 30 años y la otra mitad es menor. La dispersión de la población es menor que en la población masculina con una desviación estándar de 11,8 y un rango de 36. La edad de los sujetos está comprendida entre 13 y 49 años.

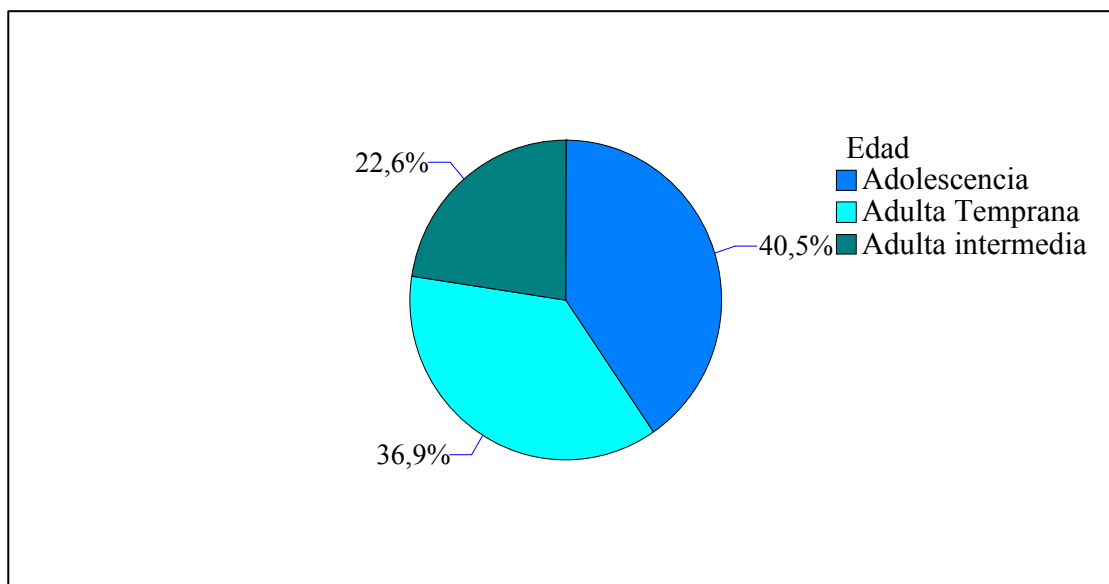


Figura 3. Distribución de la población en situación de desplazamiento de acuerdo a la edad.

La población en situación de desplazamiento teniendo en cuenta la edad se distribuye de la siguiente forma (Figura 3): el 40,5% equivalente a 34 sujetos, es adolescente; el 36,9% que equivale a 31 sujetos, está en la edad adulta temprana y el 22,6% que equivale a 19 sujetos, está en la edad adulta intermedia. No hay población en la edad adulta tardía (Mayores de 65 años).

Tabla 6.

Distribución de la población en situación de desplazamiento de acuerdo a edad y género

	Adolescencia	Adulta temprana	Adulta intermedia
Masculino	41,9%	27,9%	30,2%
Femenino	36,6%	41,5%	21,9%

Teniendo en cuenta la edad y el género (Tabla 6), la población en situación de desplazamiento se distribuye de la siguiente forma: de la población de género masculino el 41,9% equivalente a 18 sujetos, es adolescente; el 27,9% equivalente a 12 sujetos, está en la edad adulta temprana y el 30,2% equivalente a 13 sujetos, está en la edad adulta intermedia. De la población de género femenino (Tabla 6), el 36,6% equivalente a 15 sujetos, es

adolescente; el 41,5% equivalente a 17 sujetos, está en la edad adulta temprana y el 21,9% equivalente a 9 sujetos, está en la edad adulta intermedia.

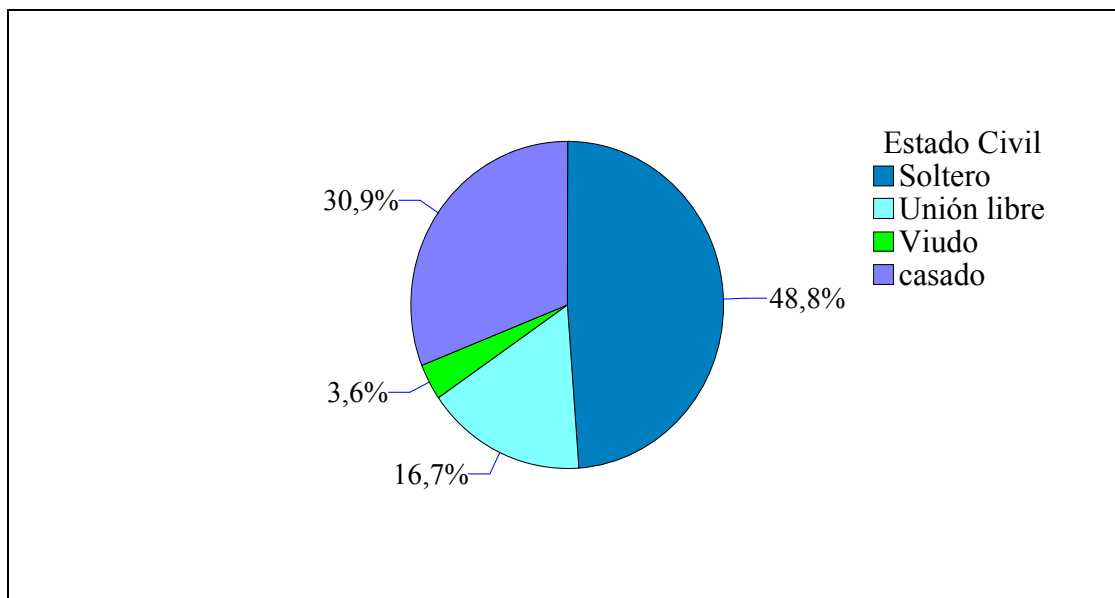


Figura 4. Distribución de la población en situación de desplazamiento de acuerdo al estado civil.

De acuerdo al estado civil (Figura 4), la población se divide de la siguiente forma: solteros, el 48,8% equivalente a 41 sujetos; casados, el 30,9% equivalente a 26 sujetos; unión libre, el 16,7% equivalente a 14 sujetos y viudos el 3,6% que equivale a 3 sujetos.

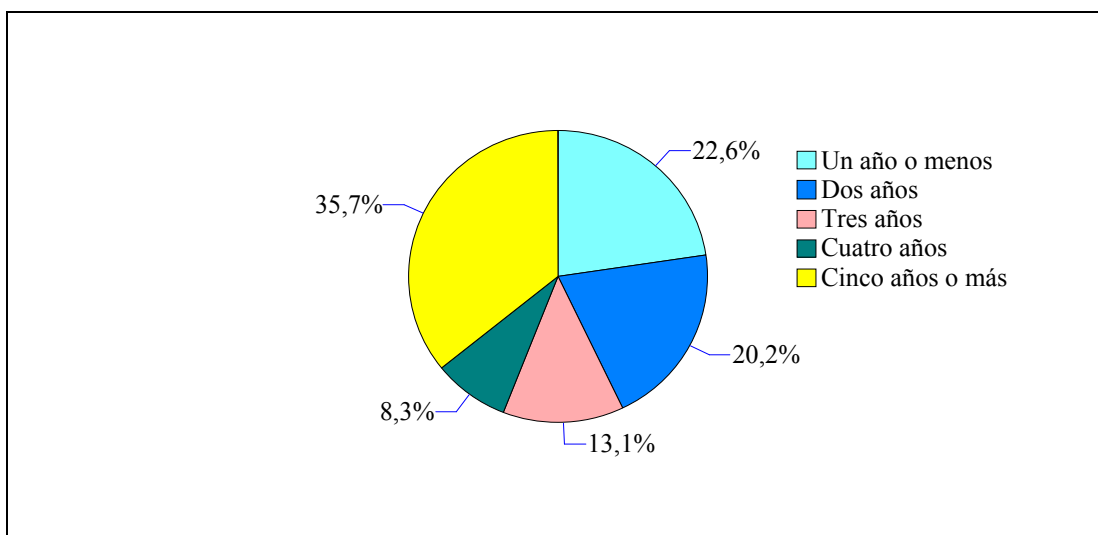


Figura 5. Distribución de la población de acuerdo al tiempo en condición de desplazamiento.

De acuerdo al tiempo en situación de desplazamiento (Figura 5), el 22,6% que corresponde a 19 sujetos, está en situación de desplazamiento un año o menos; el 20,3% que corresponde a 17 sujetos, está dos años en situación de desplazamiento; el 13,1% que corresponde a 11 sujetos, está tres años en situación de desplazamiento; el 8,3% que corresponde a 7 sujetos, está 4 años en situación de desplazamiento y el 35,7% equivalente a 30 sujetos, está 5 años o más en situación de desplazamiento.

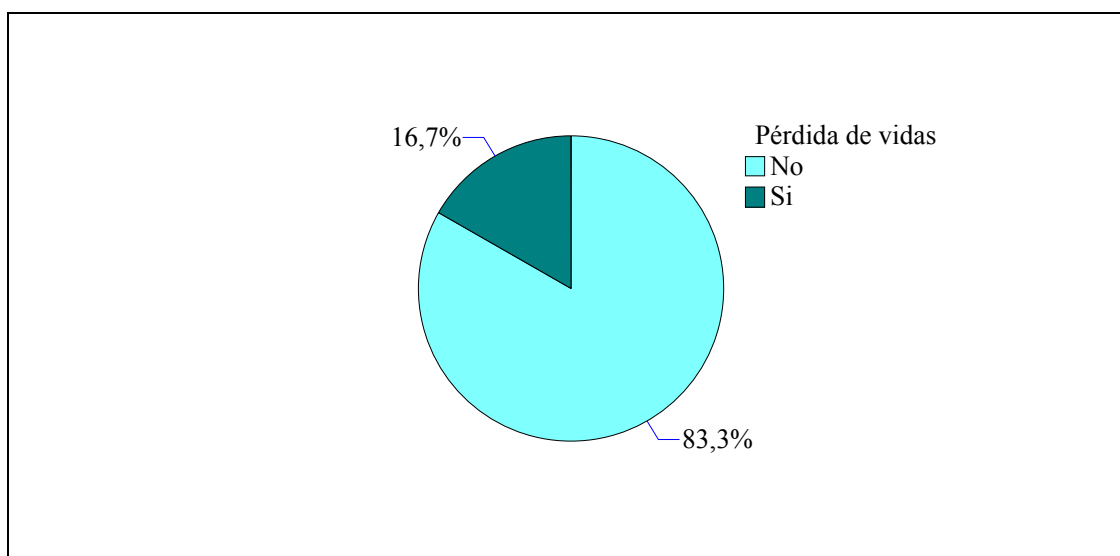


Figura 6. Distribución de la población de acuerdo a si el desplazamiento se originó por la muerte violenta de un familiar o no.

De las personas en situación de desplazamiento residenciadas en el municipio de San Pablo Nariño (Figura 6), el 83,3% que equivale a 70 sujetos, no originó su desplazamiento por la muerte violenta de un familiar y el 16,7% equivalente a 14 sujetos, originó su desplazamiento por la muerte violenta de un familiar.

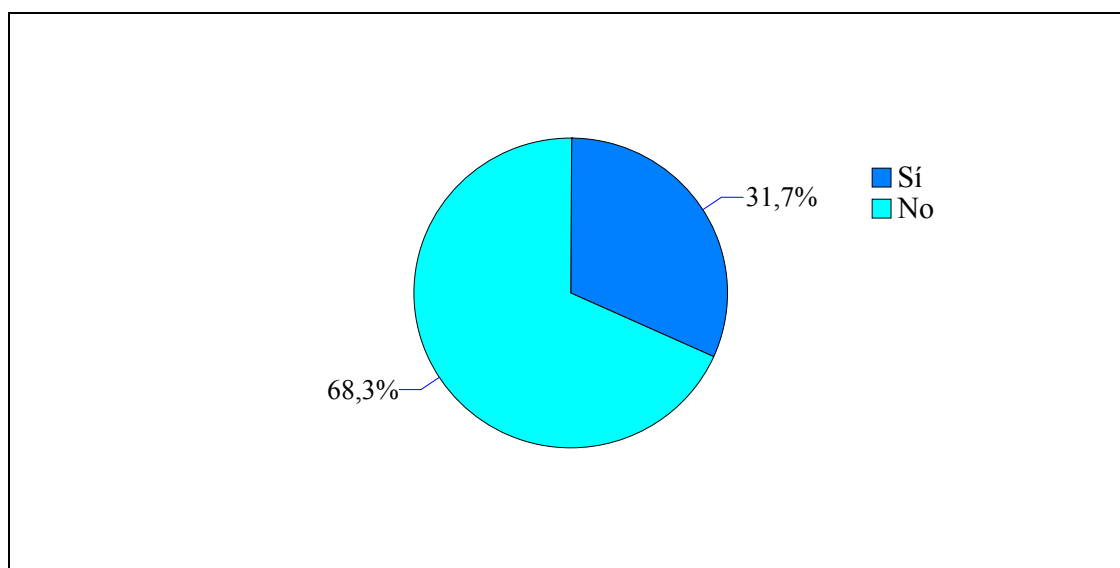


Figura 7. Distribución de la población en situación de desplazamiento de género femenino de acuerdo a si es o no madre cabeza de familia.

De las mujeres en situación de desplazamiento (Figura 7), el 31,7% que corresponde a 13 mujeres, son Madres cabeza de familia, frente a un 68,3% equivalente a 28 mujeres, que no lo son.

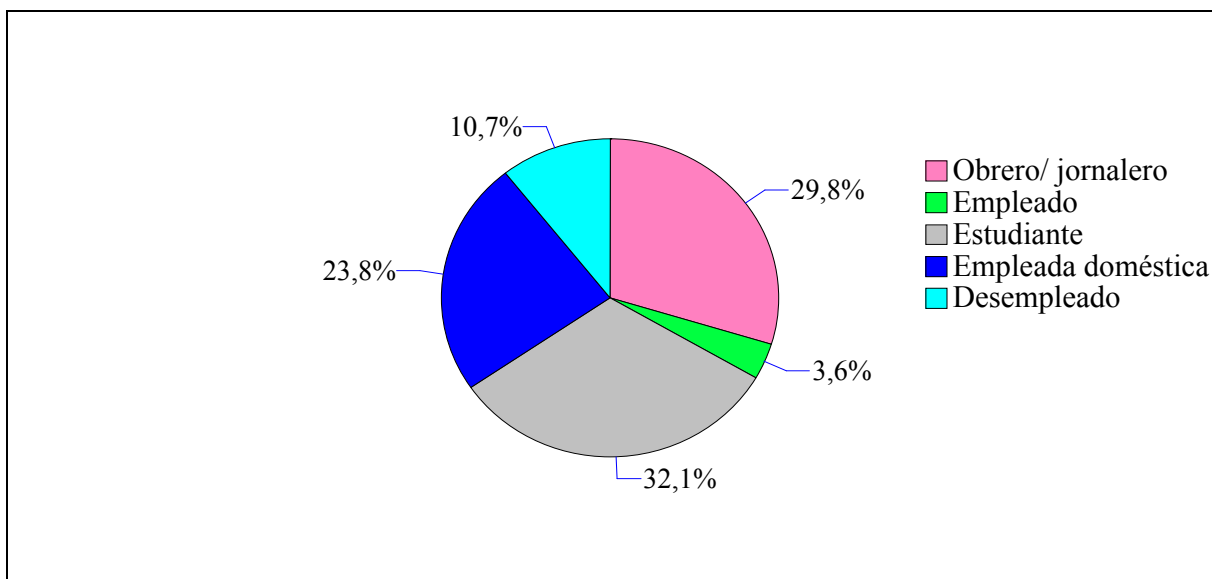


Figura 8. Distribución de la población en situación de desplazamiento de acuerdo a la profesión u oficio.

De acuerdo a la profesión u oficio (Figura 8), la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia residencia en el municipio de San Pablo se distribuye de la siguiente manera: el 29,8% equivalente a 25 sujetos, trabaja como obrero o jornalero; el 3,6% correspondiente a tres sujetos, trabaja como empleado (entendiendo como empleado a aquella persona que percibe una remuneración mensual y prestaciones de ley); el 32,1% correspondiente a 27 sujetos, son estudiantes; el 23,8% equivalente a 20 sujetos, trabaja como empleada doméstica y el 10,7% correspondiente a 9 sujetos, está desempleado.

Tabla 7.

Distribución de la población en situación de desplazamiento, de acuerdo al género y ocupación

	Obrero/ Jornalero	Empleado	Estudiante	Empleada doméstica	Desempleado
Masculino	58,1%	4,6%	34,9%	0%	2,4%
Femenino	0%	2,4%	29,3%	48,8%	19,5%

La población en situación de desplazamiento de género masculino teniendo en cuenta la profesión u oficio se distribuye de la siguiente forma (Tabla 7): el 58,1% correspondiente a 25 sujetos trabaja como obrero o jornalero; el 4,6% correspondiente a 2 sujetos, labora como empleado (entendiendo como empleado a aquella persona que percibe una remuneración mensual y prestaciones de ley); el 34,9%, correspondiente a 15 sujetos, es estudiante y el 2,3% correspondiente a 1 sujeto, está desempleado.

La población en situación de desplazamiento de género femenino de acuerdo a su ocupación se distribuye de la siguiente forma (Tabla 7): el 2,4% correspondiente a 1 sujeto, trabaja como empleado; el 29,3% correspondiente a 12 sujetos, son estudiantes; el 48,8% correspondiente a 20 sujetos, trabaja como empleada doméstica y el 19,5% correspondiente a 8 personas, está desempleada.

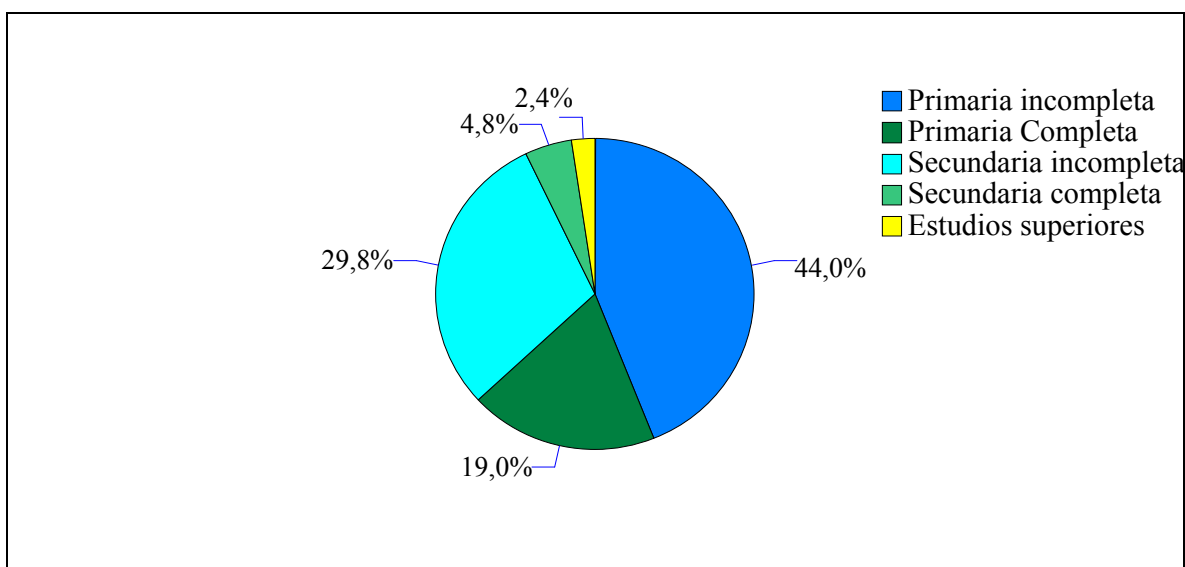


Figura 9. Distribución de la población en situación de desplazamiento de acuerdo al nivel de escolaridad.

De acuerdo al nivel de escolaridad (Figura 9), la población se divide de la siguiente forma: primaria incompleta el 44%, correspondiente a 37 sujetos; primaria completa el 19,0%, correspondiente a 16 sujetos; secundaria incompleta el 29,8%, correspondiente a 25 sujetos; secundaria completa el 4,8%, correspondiente a 4 sujetos y el 2,4% correspondiente a dos sujetos, ha realizado estudios superiores.

Tabla 8.*Distribución de la población de acuerdo al lugar de procedencia*

	No. Personas	Porcentaje
San Pablo (N)	22	26,2
Dto. Cauca	19	22,6
Colon Génova (N)	12	14,3
Dto. Valle del Cauca	10	11,9
Dto. Putumayo	5	5,9
Policarpa (N)	4	4,7
Taminango (N)	3	3,6
Quindío	3	3,6
Leiva (N)	2	2,4
La Cruz (N)	1	1,2
La Unión (N)	1	1,2
Tumaco (N)	1	1,2
Dto. Huila	1	1,2

Teniendo en cuenta la procedencia de la población en situación de desplazamiento (Tabla 8), se distribuye de la siguiente forma: el 26,2% equivalente a 22 sujetos proviene de veredas del municipio de San Pablo (desplazamiento interno); el 22,6% equivalente a 19 sujetos proviene del departamento del Cauca; el 14,3% equivalente a 12 sujetos proviene del vecino municipio de Colon Génova (Nariño); el 11,9% equivalente a 10 sujetos, procede del Valle del Cauca; el 5,9% equivalente a 5 sujetos, provienen del departamento del Putumayo; el 4,7% equivalente a 4 sujetos, proviene del municipio de Policarpa; el 3,6% equivalente a 3 sujetos, proviene del municipio de Taminango (Nariño); el 3,6% equivalente a 3 sujetos, proviene del departamento del Quindío; el 2,4% equivalente a 2 sujetos, proviene del municipio de Leiva Nariño; el 1,2% equivalente a 1 sujeto, proviene de La cruz Nariño; el 1,2% equivalente a 1 sujeto, proviene del municipio de La Unión Nariño; el 1,2% equivalente a un sujeto, proviene del municipio de Tumaco Nariño y el 1,2% equivalente a un sujeto, proviene del departamento del Huila.

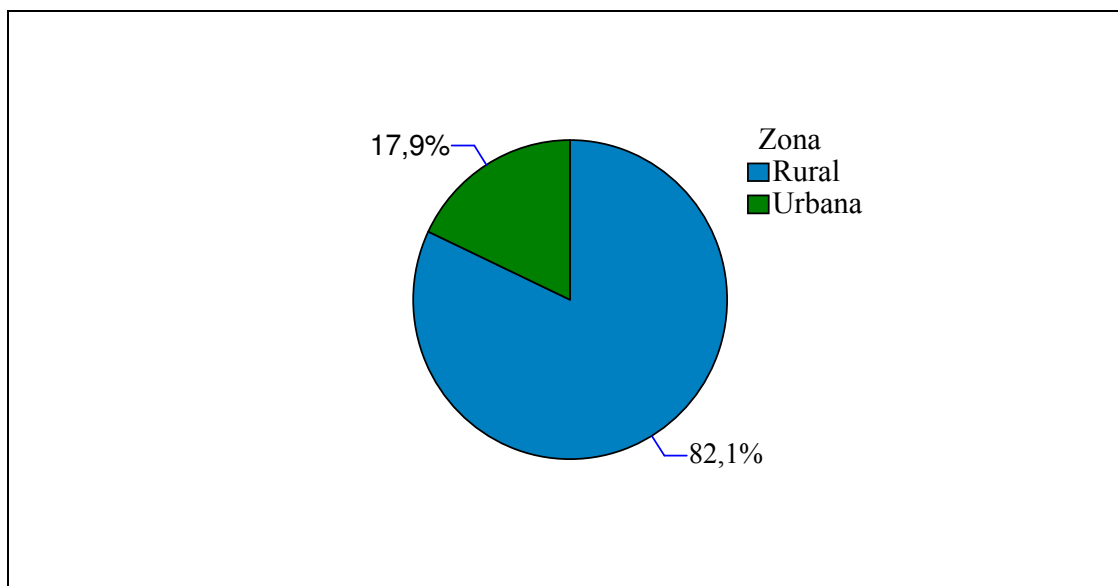


Figura 10. Distribución de la población en situación de desplazamiento de acuerdo a la zona de procedencia.

En cuanto a la procedencia rural o urbana (Figura 10), la población se distribuye de la siguiente forma: el 82,1% que equivale a 69 sujetos, proviene del sector rural y el 17,9% que corresponde a 15 sujetos, proviene del sector urbano.

Prevalencia de depresión en la población en situación de desplazamiento

La evaluación de los síntomas depresivos se realizó calificando a cada reactivo de la escala CES – D, de la siguiente forma: 0 puntos, cuando el indicador no se presentó ningún día; 1 punto, si se presentó uno o dos días; 2 puntos, si se presentó tres o cuatro días; y 3 puntos, si se presentó al menos en 5 de los 7 días.

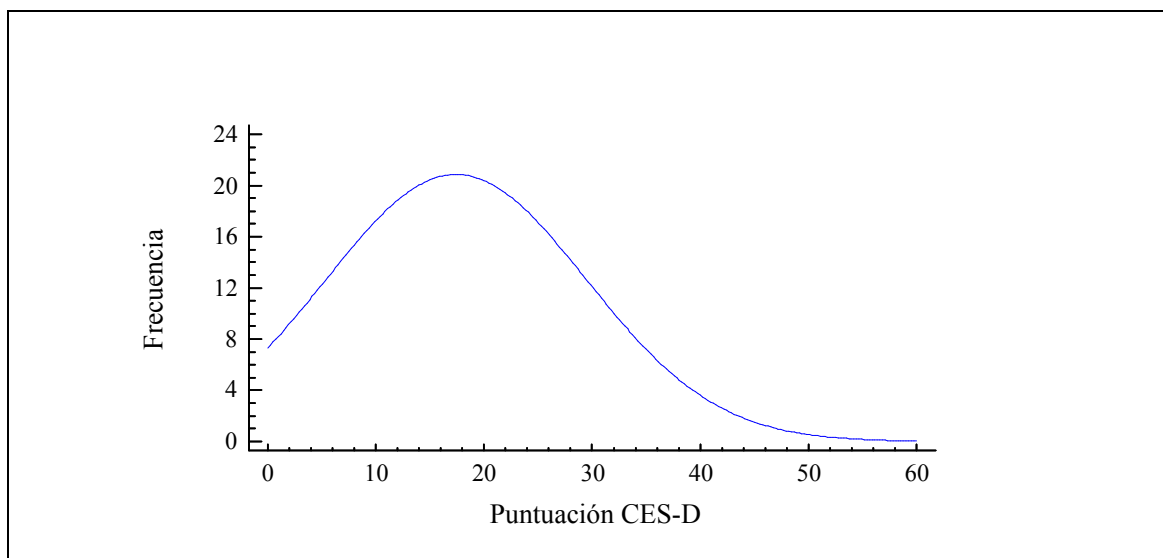


Figura 11. Distribución de la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia de acuerdo al puntaje obtenido en la CES-D.

Tabla 9.

Resumen estadístico de los puntajes obtenidos por la población en situación de desplazamiento en la escala para CES – D

Media	17,4
Mediana	17,5
Desviación estándar	12,0
Moda	11,0
Mínimo	0,0
Máximo	48,0
Rango	48
Asimetría	0,5
Curtosis	-0,2

El resultado de síntomas depresivos tiende a ser moderado (Tabla 9). El rango resultante en esta investigación es de 0 a 48 puntos. Se observa que los sujetos puntuaron en promedio 17,4 y la mediana fue de 17,5; la media y la mediana se encuentran cerca, sin embargo la moda se aleja hacia la izquierda, lo que implica un sesgo a la derecha. Las personas tienden a puntuar en los niveles sin síntomas y síntomas leves. La dispersión de los puntajes es alta ya que hay una desviación estándar de 12,0 y un rango de 48. La asimetría de

0,5 significa que los valores de la distribución tienden a agruparse hacia la izquierda (Figura 11).

Determinación de niveles de depresión para la población en situación de desplazamiento

La sumatoria de los puntajes correspondientes a los 20 ítems de la CES-D (desde 0 puntos, hasta 60 puntos posibles) señalan el nivel de intensidad de los síntomas, que se establecieron con base en datos de normalización. Debido a que la media de la población en la escala CES–D fue de 17 y la desviación estándar de 12.0 (Tabla 10), se considera ausencia de síntomas a las puntuaciones por debajo de la media; las puntuaciones entre la media (17 puntos) y una desviación estándar (29 puntos) se clasifican como con síntomas depresivos leves; aquellas puntuaciones entre dos desviaciones estándar (30 - 41 puntos) se clasifican como con síntomas depresivos moderados y se catalogan como con sintomatología depresiva grave a las puntuaciones superiores a dos desviaciones estándar, es decir mayores a 41 puntos.

Prevalencia de sintomatología depresiva en la población en situación de desplazamiento de acuerdo al género

La descripción estadística de la puntuación obtenida por población en la escala CES – D, de acuerdo al género Tabla 10.

Tabla 10.

Resumen estadístico de los puntajes obtenidos por la población en situación de desplazamiento en la escala para CES – D, de acuerdo al género.

	Hombres	Mujeres
Media	16,3	18,6
Mediana	18,0	17,0
Desviación estándar	10,3	13,6
Mínimo	0,0	0,0
Máximo	42	48,0
Rango	42	48,0

Los hombres obtuvieron un promedio de 16,3 puntos. La mediana es de 18 puntos; lo cual significa que la mitad de los hombres se ubicó por encima de este puntaje y la otra mitad por debajo. La dispersión es alta, pero menor que en la población general, con una desviación estándar de 10,3 y un rango de 42.

En la escala CES – D las mujeres obtuvieron un promedio de 18,6 puntos. La mediana es de 17 puntos; lo cual significa que la mitad de las mujeres se ubicó por encima de este puntaje y la otra mitad por debajo. La dispersión es mayor que en los hombres, con una desviación estándar de 13,6 y un rango de 48.

Tabla 11.

Distribución de la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia de acuerdo al género y el nivel de síntomas depresivos.

	Síntomas Graves	Síntomas moderados	Síntomas leves	Sin síntomas
Masculino	2,3%	4,7%	44,2%	48,8%
Femenino	12,2%	9,8%	29,3%	48,8%

Clasificación de la población en situación de desplazamiento de acuerdo al género y nivel de síntomas (Tabla 11).

De la población de género masculino el 2,3% equivalente a 1 sujeto, presenta síntomas graves; el 4,65% equivalente a dos sujetos, presenta síntomas moderados; el 44,2% equivalente a 19 sujetos, presenta sintomatología depresiva leve y el 48,8% equivalente a 21 sujetos, no presenta síntomas depresivos.

De la población de género femenino, el 12,2% equivalente a 5 sujetos, presenta síntomas graves; el 9,8% equivalente a 4 sujetos, presenta síntomas moderados; el 29,3% equivalente a 12 sujetos, presenta síntomas depresivos leves y el 48,8% equivalente a 20 sujetos, no presenta síntomas depresivos.

Prevalencia de sintomatología depresiva en la población en situación de desplazamiento de acuerdo a la edad

Teniendo en cuenta la edad de los sujetos y el nivel de síntomas depresivo, la población se distribuye según se expone en la Tabla 12.

Tabla 12.

Distribución de la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia de acuerdo a la edad y el nivel de síntomas depresivos.

Edad	Síntomas graves	Síntomas moderados	Síntomas leves	Sin síntomas
Adolescencia	3%	9,2%	33,3%	54,5%
Edad adulta temprana	13,8%	6,9%	37,9%	41,4%
Edad adulta intermedia	4,5%	4,5%	41%	50%

De la población en edad adolescente, el 3% correspondiente a un sujeto, presenta síntomas depresivos graves; el 9,2% correspondiente a tres sujetos, presenta síntomas depresivos moderados; el 33,3% correspondiente a 11 sujetos, presenta síntomas depresivos leves y el 54,5% correspondiente a 18 sujetos, no presenta síntomas depresivos.

De la población en edad adulta temprana, el 13,8% correspondiente a 4 sujetos, presenta síntomas depresivos graves; el 6,9% correspondiente a 2 sujetos, presenta síntomas depresivos moderados; el 37,9% correspondiente a 9 sujetos, presenta síntomas depresivos leves y el 41,4% correspondiente a 12 sujetos, no presenta síntomas depresivos.

De la población en edad adulta intermedia el 4,5% correspondiente a 1 sujeto, presenta síntomas depresivos graves; el 4,5% correspondiente a 1 sujeto, presenta síntomas depresivos moderados; el 41% correspondiente a 9 sujetos, presenta síntomas depresivos leves y el 50% correspondiente a 11 sujetos, no presenta síntomas depresivos.

Prevalencia de sintomatología depresiva en la población en situación de desplazamiento de acuerdo al estado civil

Tabla 13.

Distribución de la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia de acuerdo al estado civil y el nivel de síntomas depresivos.

	Síntomas graves	Síntomas moderados	Síntomas leves	Sin síntomas
Soltero	9,8%	9,8%	36,5%	43,9%
Casado	3,8%	7,7%	34,6%	53,9%
Unión libre	0,0%	0,0%	42,9%	57,1%
Viudo	33,3%	0,0%	33,3%	33,3%

Teniendo en cuenta el estado civil y el nivel de síntomas depresivos, la distribución de la población en situación de desplazamiento se describe en la Tabla 13.

De las personas solteras, el 9,8% que corresponde a 4 sujetos, presenta síntomas depresivos graves; el 9,8% que corresponde a 4 sujetos, presenta síntomas moderados; el 36,5% que correspondiente a 15 sujetos, presenta síntomas leves y el 43,9% que corresponde a 18 sujetos, no presenta síntomas depresivos.

De las personas casadas, el 3,9% equivalente a un sujeto, presenta síntomas depresivos graves; el 7,7% equivalente a 2 sujetos, presenta síntomas moderados; el 34,6% que corresponde a 9 sujetos, presenta síntomas leves y el 53,9% correspondiente a 14 sujetos, no presenta síntomas depresivos.

De las personas en unión libre, el 42,9% equivalente a 6 sujetos, presenta síntomas depresivos leves y 57,1% correspondiente a 8 sujetos, no presenta síntomas depresivos.

De las personas viudas, el 33,3% correspondiente a un sujeto, presenta síntomas depresivos graves; el 33,3% correspondiente a un sujeto, presenta síntomas leves y el 33,3% correspondiente a un sujeto, no presenta síntomas depresivos.

Prevalencia de sintomatología depresiva en la población masculina en situación de desplazamiento de acuerdo al estado civil

Tabla 14.

Distribución de la población en situación de desplazamiento de género masculino de acuerdo al estado civil y el nivel de síntomas depresivos.

	Síntomas graves	Síntomas moderados	Síntomas leves	Sin síntomas
Soltero	4,5%	4,5%	59,1%	31,8%
Casado	0,0%	7,1%	35,7%	57,1%
Unión libre	0,0%	0,0%	14,3%	85,7%
Total	2,3%	4,6%	44,2%	48,8%

El nivel de síntomas de la población en situación de desplazamiento de género masculino de acuerdo al estado civil se describe en la Tabla 14.

De los hombres solteros, el 4,5% correspondiente a 1 sujeto, presenta síntomas depresivos graves; el 4,5% correspondiente a 1 sujeto, presenta síntomas moderados; el 59,1% equivalente a 13 sujetos, presenta síntomas leves y el 31,2% correspondiente a 7 sujetos, no presenta síntomas depresivos.

De los hombres casados, el 7,1% correspondiente a 1 sujeto, presenta síntomas depresivos moderados; el 35,7% correspondiente a 5 sujetos, presenta síntomas leves y el 57,1% equivalente a 8 sujetos, no presenta síntomas depresivos.

De los hombres en unión libre, el 14,3% correspondiente a 1 sujeto, presenta síntomas depresivos leves y el 85,7% equivalente a 6 sujetos, no presenta síntomas depresivos.

Tabla 15.

Distribución de la población en situación de desplazamiento de género de femenino de acuerdo al estado civil y el nivel de síntomas depresivos.

	Síntomas graves	Síntomas moderados	Síntomas leves	Sin síntomas
Soltera	15,8%	15,8%	10,5%	57,9%
Casada	8,3%	8,3%	33,3%	50,0%
Unión libre	0,0%	0,0%	71,4%	28,6%
Viuda	33,3%	0,0	33,3%	33,3%

El nivel de síntomas de la población en situación de desplazamiento de género femenino de acuerdo al estado civil es la Tabla 15.

De las mujeres solteras, el 15,8% correspondiente a 3 sujetos, presenta síntomas depresivos graves; el 15,8% correspondiente a 3 sujetos, presenta síntomas moderados; el 10,5% equivalente a 2 sujetos, presenta síntomas leves y el 57,9% correspondiente a 11 sujetos, no presenta síntomas depresivos.

De las mujeres casadas, el 8,3% correspondiente a 1 sujeto, presenta síntomas depresivos graves; el 8,3% correspondiente a 1 sujeto, presenta síntomas moderados; el 33,3% equivalente a 4 sujetos, presenta síntomas depresivos leves y el 50% equivalente a 6 sujetos, no presenta síntomas depresivos.

De las mujeres en unión libre, el 71,4% correspondiente a 5 sujetos, presenta síntomas depresivos leves y el 28,6% equivalente a 2 sujetos, no presenta síntomas depresivos.

De las mujeres viudas, el 33,3% correspondiente a 1 sujeto, presenta síntomas depresivos graves; el 33,3% correspondiente a 1 sujeto, presenta síntomas leves y el 33,3% equivalente a 1 sujeto, no presenta síntomas depresivos.

Prevalencia de sintomatología depresiva en la población de acuerdo al tiempo en condición de desplazado

Tabla 16.

Distribución de la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia de acuerdo al tiempo en situación de desplazado y el nivel de síntomas depresivos.

Años	Síntomas graves	Síntomas moderados	Síntomas leves	Sin síntomas
Un año o menos	10,5%	10,5%	57,9%	21,0%
Dos	17,6%	5,9%	47,0%	29,4%
Tres	0,0%	0,0%	45,4%	54,5%
Cuatro	0,0%	0,0%	14,3%	85,7%
Cinco años o más	3,3%	10%	20%	66,7%

Teniendo en cuenta el tiempo en situación de desplazamiento, la población se divide como se muestra en la Tabla 16.

De las personas que están en condición de desplazamiento un año o menos, el 10,5% equivalente a 2 sujetos, presenta síntomas depresivos graves; el 10,5% equivalente a 2 sujetos,

presenta síntomas moderados; 57,9% equivalente a 11 sujetos, presenta síntomas leves y el 21% equivalente a 4 sujetos, no presenta sintomatología depresiva.

De las personas que están en condición de desplazamiento dos años, el 17,6% equivalente a 3 sujetos, presenta síntomas depresivos graves; el 5,9% equivalente a 1 sujeto, presenta síntomas moderados; 47,0% equivalente a 8 sujetos, presenta síntomas leves y el 29,4% equivalente a 5 sujetos, no presenta sintomatología depresiva.

De las personas que están en condición de desplazamiento tres años, el 45,4% equivalente a 5 sujetos, tiene síntomas leves y el 54,5% correspondiente a 6 sujetos, no presenta sintomatología depresiva.

De las personas que están en condición de desplazamiento cuatro años, el 14,3% equivalente a 1 sujetos, presenta síntomas depresivos leves y el 85,7% correspondiente a 6 sujetos, no presenta sintomatología depresiva.

Las personas que están en condición de desplazamiento cinco años o más, el 3,3% que corresponde a un sujeto, presenta síntomas depresivos graves; el 10% que corresponde a 3 sujetos, presenta síntomas moderados; el 20% que corresponde a 6 sujetos, presenta síntomas depresivos leves y el 66,7% que corresponde a 20sujetos, no presenta sintomatología depresiva.

Prevalencia de sintomatología depresiva en la población de acuerdo a la pérdida de vidas de familiares como causa del desplazamiento

Tabla 17.

Distribución de la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia de acuerdo a la pérdida de vidas como causa del desplazamiento y el nivel de síntomas depresivos.

	Síntomas graves	Síntomas moderados	Síntomas leves	Sin síntomas
No pérdida de vidas de familiares	5,7%	5,7%	37,2%	51,4%
Pérdida de vidas de familiares	14,3%	14,3%	35,7%	35,7%

De las personas cuyo desplazamiento no fue originado por la muerte violenta de algún familiar (Tabla 17), el 5,7% equivalente a cuatro sujetos, presenta síntomas depresivos graves; el 5,7% equivalente a cuatro sujetos, presenta síntomas depresivos moderados; 37,2% equivalente a 26 sujetos presenta síntomas depresivos leves y el 51,4% equivalente a 36 sujetos, no presenta sintomatología depresiva.

De las personas cuyo desplazamiento fue originado por la muerte violenta de un familiar (Tabla 17), el 14,3% equivalente a dos sujetos, presenta síntomas depresivos graves; el 14,3% equivalente a dos sujetos, presenta síntomas depresivos moderados; el 35,7% equivalente a 5 sujetos presenta síntomas depresivos leves y el 35,7% equivalente a cinco sujetos, no presenta sintomatología depresiva.

Prevalencia de sintomatología depresiva en la población femenina de acuerdo a si es o no madre cabeza de hogar

La población en situación de desplazamiento de género femenino de acuerdo a si es o no madre cabeza de familia, se distribuye como se muestra en la Tabla 18.

Tabla 18.

Distribución de la población en situación de desplazamiento de género femenino de acuerdo a si es o no madre cabeza de familia y el nivel de síntomas depresivos.

Cabeza de Familia	Síntomas graves	Síntomas moderados	Síntomas leves	Sin síntomas
Sí	30,8%	15,4%	23%	30,8%
No	3,6%	7,1%	32,2%	57,1%

De la población en situación de desplazamiento de género femenino que es madre cabeza de familia, el 30,8% equivalente a 4 sujetos, presenta síntomas depresivos graves; el 15,4% equivalente a 2 sujetos, presenta síntomas depresivos moderados; el 23% que corresponde a 3 sujetos, presenta síntomas depresivos leves y el 30,8% que corresponde a 4 sujetos, no presenta síntomas depresivos.

De la población de género femenino que no es madre cabeza de familia, el 3,6% que corresponde a 1 sujeto, presenta síntomas depresivos graves; el 7,1% que corresponde a 2 sujetos, presenta síntomas depresivos moderados; el 32,2% que corresponde a 9 sujetos, presenta síntomas depresivos leves y el 57,1% que corresponde a 16 sujetos, no presenta síntomas depresivos.

Prevalencia de sintomatología depresiva en la población en situación de desplazamiento de acuerdo a la profesión u oficio

Tabla 19.

Distribución de la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia de acuerdo a la profesión u oficio y el nivel de síntomas depresivos.

	Síntomas graves	Síntomas moderados	Síntomas leves	Sin síntomas
Obrero/ Jornalero	0,0%	3,9%	50,0%	46,1%
Empleado	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Estudiante	3,7%	7,4%	29,6%	59,3%
Empleada Doméstica	10,5%	10,5%	42,2%	36,8%
Desempleado	33,3%	33,3%	22,2%	11,1%

La población en situación de desplazamiento de acuerdo a la profesión u oficio y el nivel de síntomas se distribuye como se indica en la Tabla 19.

De las personas cuya ocupación es ser obreros o jornaleros, el 3,9% que corresponde a 1 sujeto, presenta síntomas depresivos moderados; el 50% que equivale a 13 sujetos presenta síntomas depresivos leves y el 46,1% que equivale a 12 sujetos no presenta síntomas depresivos.

De las personas que se desempeñan como empleados (entendiendo como empleado a aquella persona que percibe una remuneración mensual y prestaciones de ley), el 100% correspondiente a 3 sujetos, no presenta síntomas de depresión.

De las personas en situación de desplazamiento forzado por la violencia que se dedican a estudiar, el 3,7% que equivale a una sujeto, presenta síntomas depresivos graves, el

7,4% que equivale a dos sujetos, presenta síntomas depresivos moderados; el 29,6% que equivale a 8 sujetos, presenta síntomas depresivos leves y el 59,3% equivalente a 16 sujetos, no presenta síntomas depresivos.

De las personas en situación de desplazamiento forzado por la violencia que al momento de la aplicación del cuestionario se encontraban desempleadas, el 33,3% que equivale a 3 sujetos presentó síntomas depresivos graves; el 33,3% que equivale a un sujeto, presenta síntomas depresivos moderados; el 22,2% que equivale a 2 sujetos, presenta síntomas depresivos leves y el 11,1% equivalente a 1 sujeto no presentó síntomas depresivos.

Prevalencia de sintomatología depresiva en la población en situación de desplazamiento de acuerdo a al grado de escolaridad

La población en situación de desplazamiento de acuerdo al grado de escolaridad y al nivel de síntomas depresivos se distribuye como se muestra en la Tabla 20.

Tabla 20.

Distribución de la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia de acuerdo al grado de escolaridad y el nivel de síntomas depresivos.

	Síntomas graves	Síntomas moderados	Síntomas leves	Sin síntomas
Primaria incompleta	10,8%	10,8%	45,9%	32,5%
Primaria completa	0%	0%	37,5%	62,5%
Secundaria incompleta	4%	8%	28%	6 %
Estudios técnicos	0%	0,0%	0%	100%
Estudios Superiores	0%	0,0%	0%	100%

De la población con un nivel de escolaridad de primaria incompleta, el 10,8% que corresponde a 4 sujetos, presenta síntomas depresivos graves; el 10,8% correspondiente a 4 sujetos, presenta síntomas depresivos moderados; el 45,9% correspondiente a 17 sujetos,

presenta síntomas depresivos moderados y el 32,5% que corresponde a 12 sujetos, no presenta síntomas depresivos.

De la población con un nivel de escolaridad de primaria completa, el 37,5% que corresponde a 6 sujetos, presenta síntomas depresivos leves y el 62,5% que corresponde a 10 sujetos, no presenta síntomas depresivos.

De la población con un nivel de escolaridad de secundaria incompleta, el 4% que corresponde a 1 sujeto, presenta síntomas depresivos graves; el 8% correspondiente a 2 sujetos, presenta síntomas depresivos moderados; el 28% correspondiente a 7 sujetos, presenta síntomas depresivos moderados y el 60% que corresponde a 15 sujetos, no presenta síntomas depresivos.

De la población con un nivel de escolaridad de secundaria incompleta, el 25% que corresponde a 1 sujeto, presenta síntomas depresivos graves; el 25% correspondiente a 1 sujeto, presenta síntomas depresivos moderados y el 50% correspondiente a 2 sujetos, no presenta síntomas depresivos.

De la población con un nivel de escolaridad de estudios superiores, el 100% que corresponde a 2 sujetos, no presenta síntomas depresivos.

Prevalencia de sintomatología depresiva en la población en situación de desplazamiento de acuerdo al lugar de procedencia

Tabla 21.

Distribución de la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia de acuerdo al lugar de procedencia y el nivel de síntomas depresivos.

	Síntomas graves	Síntomas moderados	Síntomas leves	Sin síntomas
San Pablo (N)	9,0%	9,0%	18,2%	63,6%
Dto. del Cauca	10,5%	10,5%	42,1%	36,8%
Colón (N)	0%	8,3%	25,0%	66,6%
Dto. del valle del Cauca	10,0%	0%	50,0%	40,0%
Dto. del Putumayo	0%	20,0%	40,0%	40,0%
Policarpa (N)	0,0%	0,0%	100%	0,0%
Taminango (N)	0,0%	0,0%	33,3%	66,8%
Dto. del Quindío	0,0%	0,0%	33,3%	66,8%

Leiva (N)	0,0%	0,0%	50%	50%
La Cruz (N)	0,0%	0,0%	100%	0,0%
La Unión (N)	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Tumaco (N)	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Dto. del Huila	0,0%	0,0%	100%	0,0%

La población en situación de desplazamiento de acuerdo al lugar de procedencia y el nivel de síntomas depresivos se distribuye de la forma como se indica en la Tabla 21.

De las personas que provienen de veredas del mismo Municipio (desplazamiento interno), el 9% que equivale a 2 sujetos, presenta síntomas depresivos graves; el 9% que equivale a 2 sujetos, presenta síntomas depresivos moderados; el 18,2% equivalente a 4 sujetos, presenta síntomas depresivos leves; el 63,6% equivalente a 14 sujetos no presentaron síntomas depresivos.

De las personas que provienen del departamento del Cauca, el 10,5% que equivale a 2 sujetos, presenta síntomas depresivos graves; el 10,5% que equivale a 2 sujetos, presenta síntomas depresivos moderados; el 42,1% equivalente a 8 sujetos, presenta síntomas depresivos leves y el 36,8% equivalente a 7 sujetos, no presentaron síntomas depresivos.

De las personas que provienen del Municipio de Colón Nariño, el 8,3% que equivale a un sujetos, presenta síntomas depresivos moderados; el 25% que equivale a 3 sujetos, presenta síntomas depresivos leves y el 66,7% equivalente a 8 sujetos, no presenta síntomas depresivos.

De las personas que provienen del Valle del Cauca, el 10% que equivale a 1 sujeto, presenta síntomas depresivos graves; el 50% que equivale a 5 sujetos, presenta síntomas depresivos leves y el 40% equivalente a 4 sujetos, no presenta síntomas depresivos.

De las personas que provienen del departamento del Putumayo, el 20% que equivale a un sujeto, presenta síntomas depresivos moderados; el 40% que equivale a 2 sujetos, presenta síntomas depresivos leves y el 40% equivalente a 2 sujetos, no presenta síntomas depresivos.

Un sujeto proveniente del municipio de Policarpa Nariño, presenta sintomatología depresiva leve.

De las personas que provienen del municipio de Taminango Nariño, el 33,3% que equivale a un sujeto, presenta síntomas depresivos graves y el 66,7% que equivale a 2 sujetos, no presenta síntomas depresivos.

De las personas que provienen del departamento del Quindío, el 33,3% que equivale a un sujeto, presenta síntomas depresivos leves y el 66,7% que equivale a dos sujetos, no presenta síntomas depresivos.

De las personas que provienen del municipio de Leiva Nariño, el 50% que equivale a un sujeto, presenta síntomas depresivos graves y el 50% que equivale a un sujeto, presenta síntomas depresivos leves.

Un sujeto proveniente del municipio de La Cruz Nariño, presenta sintomatología depresiva leve.

Un sujeto proveniente del municipio de La Unión Nariño, no presenta sintomatología depresiva.

Un sujeto proveniente del municipio de Tumaco Nariño, no presenta sintomatología depresiva.

Un sujeto proveniente del departamento del Huila, presenta sintomatología depresiva leve.

Prevalencia de sintomatología depresiva en la población en situación de desplazamiento de acuerdo a la zona (rural o urbana) de procedencia

La población en situación de desplazamiento forzado por la violencia teniendo en cuenta la zona rural o urbana de procedencia y el nivel de síntomas depresivos se distribuye como se indica en la Tabla 22.

Tabla 22.

Distribución de la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia de acuerdo a la zona (rural o urbana) de procedencia y al nivel de síntomas.

	Síntomas graves	Síntomas moderados	Síntomas leves	Sin síntomas
Rural	7,2%	8,7%	34,8%	49,3%
Urbana	6,7%	8,7%	46,7%	46,7%

De las personas que se desplazaron del área rural, el 7% que equivale a 5 sujetos, presenta síntomas depresivos graves; el 8,7% equivalente a 6 sujetos, presenta síntomas moderados; el 34,8 que equivale a 24 sujetos, presenta síntomas depresivos leves y el 49,3% que equivale a 34 sujetos, no presenta síntomas depresivos.

De las personas que se desplazaron del área urbana, el 6,7% que equivale a 1 sujeto, presenta síntomas depresivos graves; el 46,7% equivalente a 7 sujetos, presenta síntomas leves y el 46,7% que equivale a 7 sujetos, no presenta síntomas depresivos.

Análisis comparativo de las medias obtenidas por la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia de acuerdo con las variables socio-demográficas

Con el propósito de comparar los resultados obtenidos en las categorías de las variables socio-demográficas, se realiza un análisis para saber si las medias obtenidas son estadísticamente significativas. Para realizar este análisis es necesario corroborar si los datos de la variable CES-D pertenecen a una distribución normal. Este postulado es necesario ya que de él depende el tipo de análisis que se realice. Si los datos pertenecen a una distribución normal se realizará el análisis de varianza de un factor que es un análisis paramétrico; en caso contrario, se realizará el análisis a través del test de Kruskal Wallis que es una prueba estadística que no requiere presupuestos a cerca de la forma de la distribución de la población.

Tabla 23.

Test para la normalidad de la distribución de los datos obtenidos en la CES-D por la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia.

Contraste de normalidad	P – Valor
Estadístico Kolmogorov	0,09

Al realizar la prueba de normalidad de los datos de acuerdo al estadístico de Kolmogorov con el programa STATGRAPHICS (Tabla 23), se encuentra que el P – valor es mayor que 0,05; por lo cual se rechaza la hipótesis de que la distribución de los datos de la variable CES-D provengan de una distribución normal con un nivel de confianza del 95%.

Debido a que los datos no cumplen los parámetros de una distribución normal se opta por realizar el análisis de diferencias significativas de las medias a través de un procedimiento no paramétrico. De acuerdo con Hernández, Fernández y Batista, (1991) la mayoría de análisis no paramétricos no requieren de supuestos de la forma de la distribución poblacional. Aceptan distribuciones no normales. Por esta razón el análisis sobre la significancia estadística de las medias se realiza utilizando el método no paramétrico denominado test de Kruskal Wallis. Con este método se realiza un contraste sobre la igualdad de las medias, dando como resultado que son iguales o existen diferencias estadísticamente significativas entre ellas.

Análisis comparativo de las medias de los puntajes obtenidos por la población en situación de desplazamiento de acuerdo al género

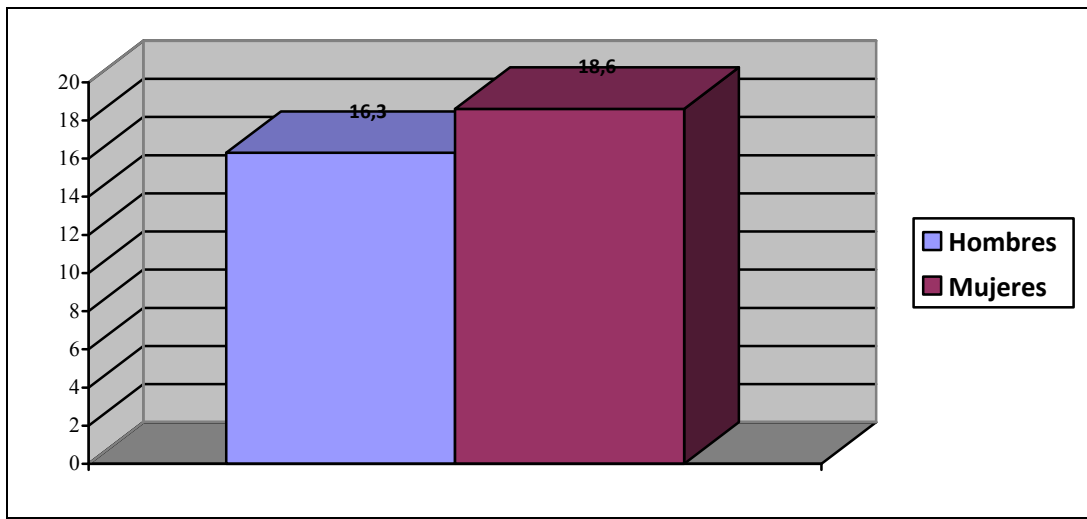


Figura 12. Medias de los puntajes obtenidos en la CES-D por la población en situación de desplazamiento de acuerdo al género.

Como se observa en la Figura 12, al comparar las medias del puntaje obtenido en el CES-D entre los sujetos de género femenino y masculino, se presenta una diferencia de 2,3 puntos. Sin embargo, utilizando test de Kruskal Wallis con un nivel de significancia de 0,05 se encuentra que estas diferencias no son estadísticamente significativas (Tabla 24).

Tabla 24.

Test de Kruskal Wallis para evaluar diferencias estadísticamente significativas en la puntuación CES-D de acuerdo al género.

	Rango promedio	Estadístico	P – valor
Hombre	41,1	0,30	0,58
Mujer	44,0		

Análisis comparativo de las medias de los puntajes obtenidos por la población en situación de desplazamiento de acuerdo a la edad

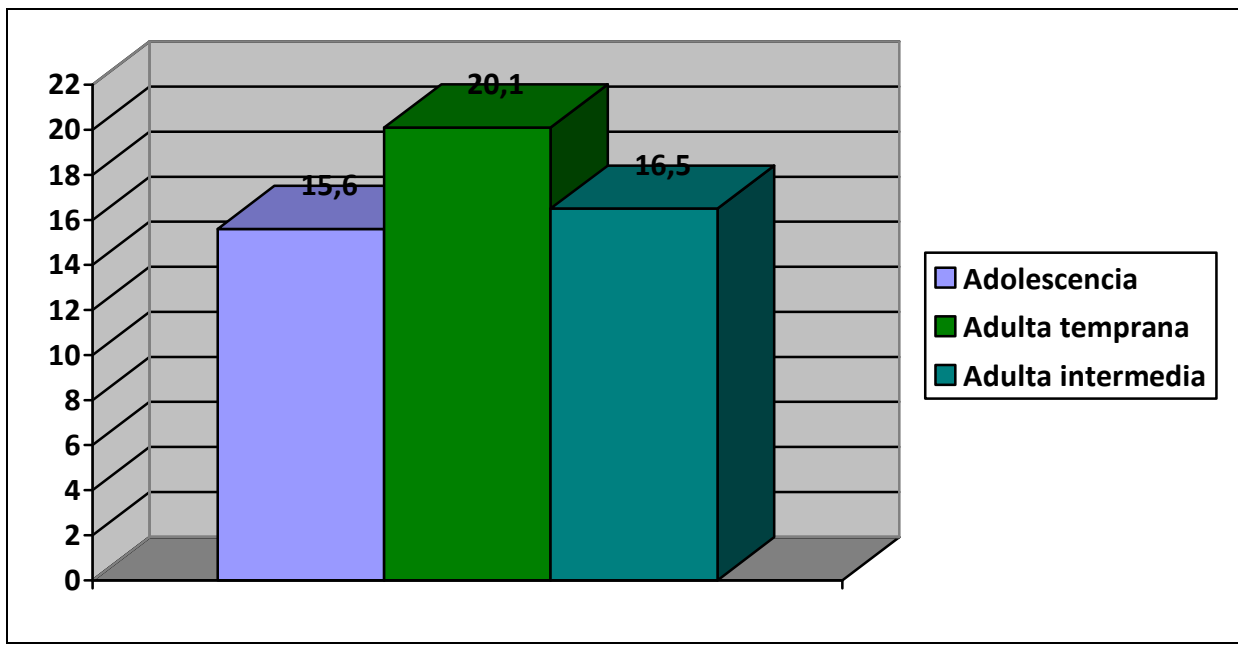


Figura 13. Medias de los puntajes obtenidos por la población en situación de desplazamiento de acuerdo a la edad.

Como se observa en la Figura 13, al comparar las medias del puntaje obtenido en el CES-D entre los sujetos de acuerdo a la edad, se presenta una diferencia hasta de 4,5 puntos. Sin embargo, utilizando test de Kruskal Wallis con un nivel de significancia de 0,05 se encuentra que estas diferencias no son estadísticamente significativas (Tabla 25).

Tabla 25.

Test de Kruskal Wallis para evaluar diferencias estadísticamente significativas en la puntuación CES-D de acuerdo a la edad

	Rango promedio	Estadístico	P – valor
Adolescencia	39,56		
Edad adulta temprana	47,34	1,77	0,41
Edad adulta intermedia	40,52		

Análisis comparativo de las medias de los puntajes obtenidos por la población en situación de desplazamiento de acuerdo al estado civil

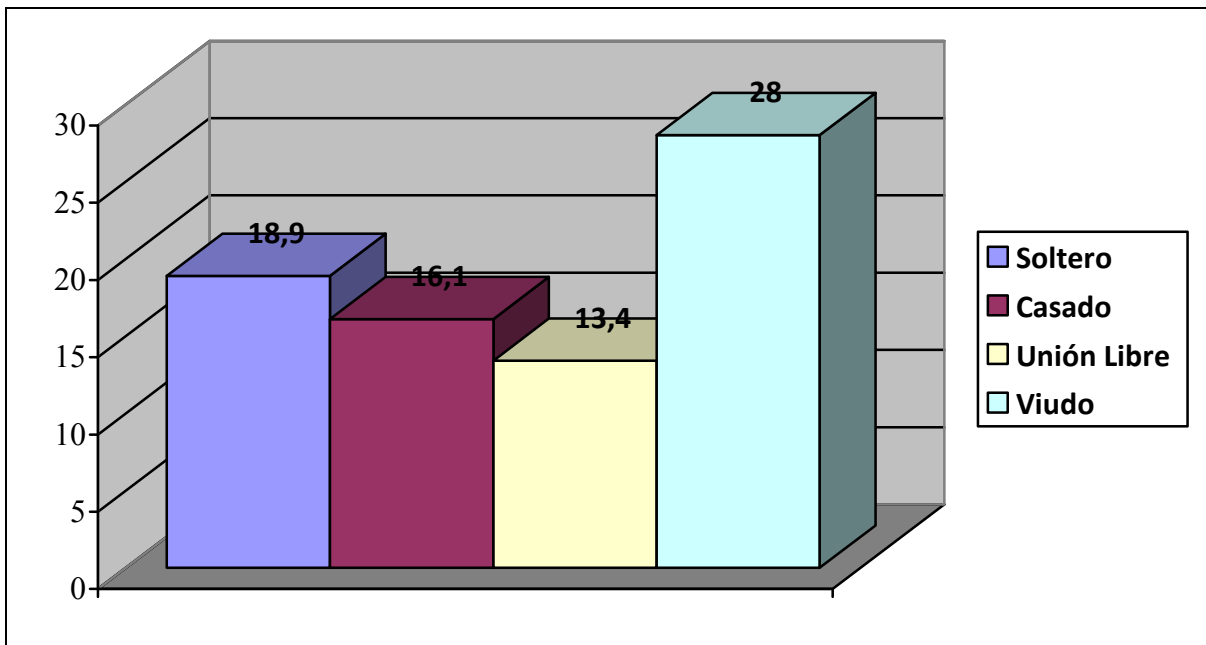


Figura 14. Medias de los puntajes obtenidos por la población en situación de desplazamiento de acuerdo al estado civil.

Como se observa en la Figura 14, al comparar las medias del puntaje obtenido en el CES-D entre los sujetos de acuerdo con el estado civil, se presenta una diferencia en las medias hasta de 14,6 puntos. Sin embargo, utilizando el test de Kruskal Wallis con un nivel de significancia de 0,05 se encuentra que estas diferencias no son estadísticamente significativas (Tabla 26).

Tabla 26.

Test de Kruskal Wallis para evaluar diferencias estadísticamente significativas en la puntuación CES-D de acuerdo al estado civil.

	Rango promedio	Estadístico	P – valor
Soltero	45,39		
Casado	40,34	3,30	0,34
Unión libre	34,82		
Viudo	57,5		

Análisis comparativo de las medias de los puntajes obtenidos por la población en de acuerdo al tiempo en situación de desplazamiento

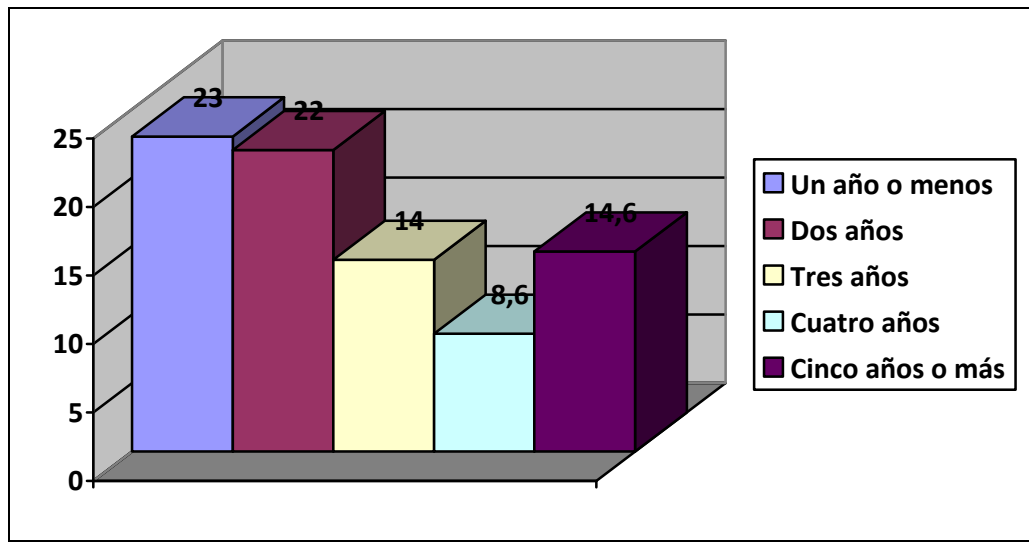


Figura 15. Medias de los puntajes obtenidos en el CES-D por la población de acuerdo al tiempo en situación de desplazamiento.

Como se observa en la Figura 15, al comparar las medias del puntaje obtenido en el CES-D entre los sujetos de acuerdo con el tiempo en condición de desplazado, se presenta una diferencia en las medias hasta de 14,4 puntos. Utilizando el test de Kruskal Wallis con un nivel de significancia de 0,05 se encuentra que estas diferencias son estadísticamente significativas (Tabla 27).

A través del análisis (LSD) de Fisher (Tabla 28), se encontró diferencias significativas entre las personas que están en situación de desplazamiento un año o menos con aquellas que tienen en situación de desplazamiento tres, cuatro y cinco años. También se encontraron diferencias significativas entre las personas que tienen dos años en condición de desplazadas con aquellas que están en la misma condición cuatro y cinco años.

Tabla 27.

Test de Kruskal Wallis para evaluar diferencias estadísticamente significativas en la puntuación CES-D de acuerdo al tiempo en situación de desplazamiento

	Rango promedio	Estadístico	P – valor
Un año o menos	45,39		
Dos años	40,34		
Tres años	34,82	12,9	0,01
Cuatro años	57,5		
Cinco años o más	36,75		

Tabla 28.

Análisis (LSD) de Fisher para determinar las diferencias estadísticamente significativas (indica una diferencia significativa)*

Contraste	Diferencias
1 – 2	0,94
1 – 3	*9,0
1 - 4	*14,4
1 – 5	*9,2
2 – 3	*8,5
2 - 4	*13,4
2 – 5	*8,2
3 – 4	5,3
3 – 5	0,2
4 – 5	-5,2

Análisis comparativo de las medias de los puntajes obtenidos por la población en situación de desplazamiento de acuerdo a si el desplazamiento se originó por la muerte violenta de familiares

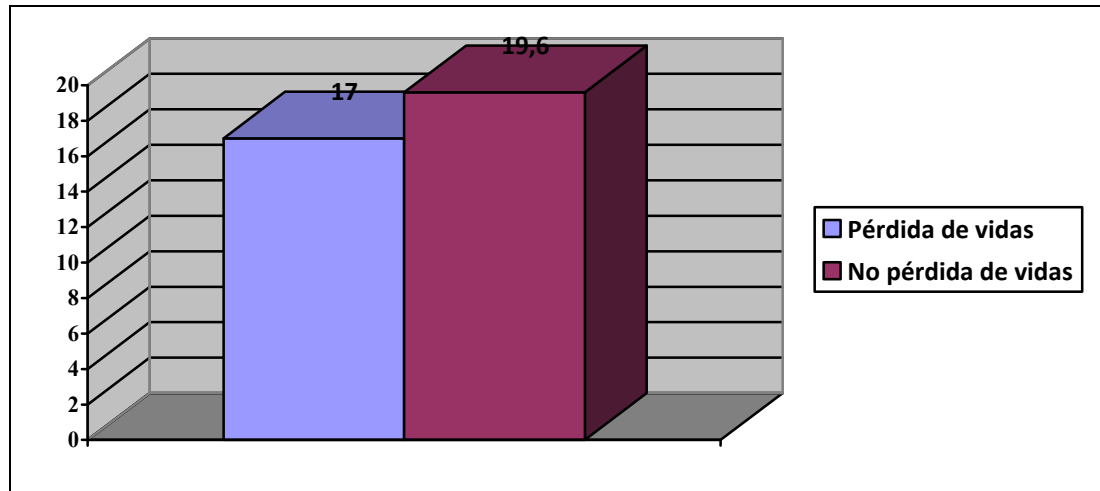


Figura 16. Medias de los puntajes obtenidos en el CES-D por la población de acuerdo a si el desplazamiento se originó o no se originó por la muerte violenta de algún familiar.

Como se observa en la Figura 16, al comparar las medias del puntaje obtenido en el CES-D entre los sujetos de acuerdo a si el desplazamiento se originó o no por la muerte violenta de algún familiar, se presenta una diferencia en las medias de 2,6 puntos. Utilizando el test de Kruskal Wallis con un nivel de significancia de 0,45 se encuentra que estas diferencias no son estadísticamente significativas (Tabla 29).

Tabla 29.

Test de Kruskal Wallis para evaluar diferencias estadísticamente significativas en la puntuación CES-D de acuerdo si el desplazamiento se originó por la muerte de un familiar.

	Rango promedio	Estadístico	P – valor
Pérdida de vidas	41,78	0,36	0,54
No pérdida de vidas	46,07		

Análisis comparativo de las medias de los puntajes obtenidos por la población en situación de desplazamiento de género femenino de acuerdo a si es o no madre cabeza de familia

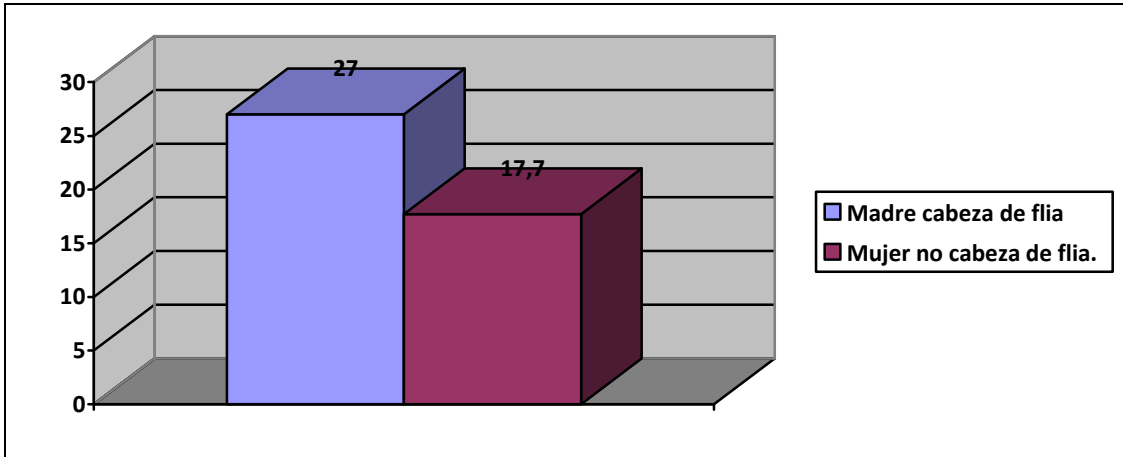


Figura 17. Medias de los puntajes obtenidos en el CES-D por la población de género femenino de acuerdo a si es o no madre cabeza de familia.

Como se observa en la Figura 17, al comparar las medias del puntaje obtenido en el CES-D entre los sujetos de género femenino de acuerdo a si son o no madres cabeza de familia, se presenta una diferencia en las medias de 9,3 puntos. Utilizando el test de Kruskal Wallis con un nivel de significancia menor a 0,05 se encuentra que estas diferencias son estadísticamente significativas (Tabla 30).

Tabla 30.

Test de Kruskal Wallis para evaluar diferencias estadísticamente significativas en la puntuación CES-D de acuerdo a si las mujeres en situación de desplazamiento son o no madres cabeza de familia.

	Rango promedio	Estadístico	P – valor
Mujer madre cabeza de familia	58,26	6,82	0,03
Mujer no cabeza de familia	57,37		

A través del análisis (LSD) de Fisher, se encontró diferencias significativas entre las mujeres en situación de desplazamiento que son madres cabeza de familia y aquellas que no lo son (Tabla 31).

Tabla 31.

Análisis (LSD) de Fisher para determinar las diferencias estadísticamente significativas (indica una diferencia significativa).*

Contraste	Diferencias
1 – 2	*12,3

Análisis comparativo de las medias de los puntajes obtenidos por la población en situación de desplazamiento de acuerdo a profesión u oficio

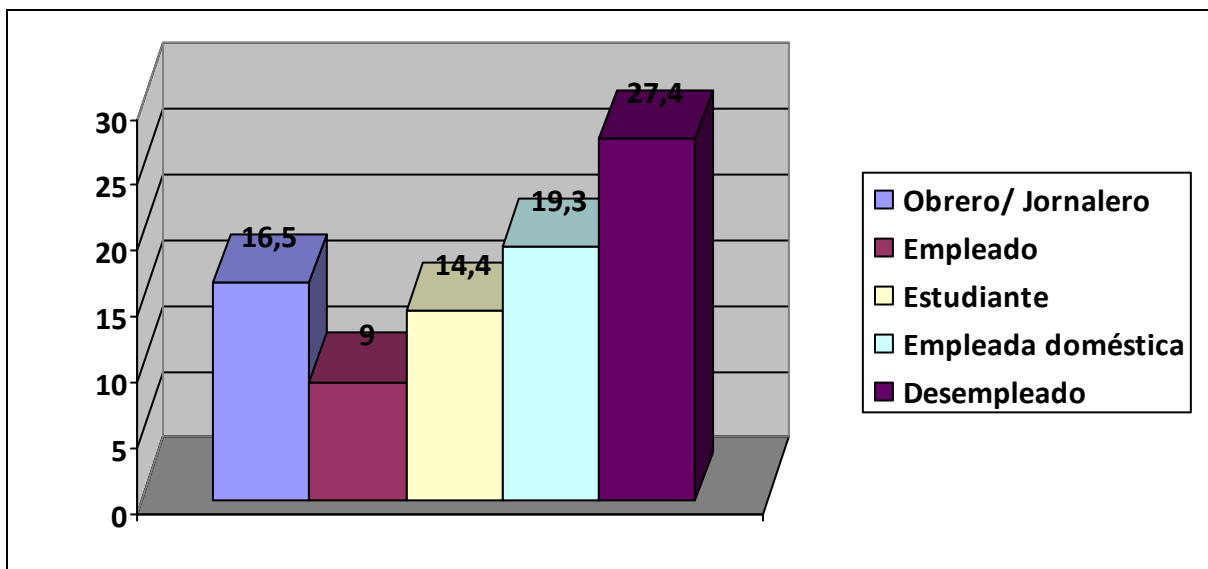


Figura 18. Medias de los puntajes obtenidos en la CES-D por la población en situación de desplazamiento de acuerdo a la profesión u oficio.

Como se observa en la Figura 18, al comparar las medias del puntaje obtenido en el CES-D entre los sujetos de acuerdo a la profesión u oficio, se presenta una diferencia en las medias hasta de 18.4 puntos. Utilizando el test de Kruskal Wallis con un nivel de

significancia de 0,05 se encuentra que estas diferencias son estadísticamente significativas (Tabla 32).

Tabla 32.

Test de Kruskal Wallis para evaluar diferencias estadísticamente significativas en la puntuación CES-D de acuerdo al tiempo en situación de desplazamiento.

	Rango promedio	Estadístico	P – valor
Obrero Jornalero	42,36		
Empleado	24,66		
Estudiante	36,4	7,36	0,036
Empleada doméstica	47,05		
Desempleado	57,5		

A través del análisis (LSD) de Fisher, se encontró diferencias significativas entre las personas que están en situación de desplazamiento que trabajan como jornaleros y las personas que están desempleadas; también se encontró diferencias significativas entre las personas que trabajan como empleados y aquellas que están desempleadas; además existen diferencias significativas entre los estudiantes y las personas desempleadas y entre los estudiantes y las personas que trabajan como empleadas domésticas (Tabla 33).

Tabla 33.

Análisis (LSD) de Fisher para determinar las diferencias estadísticamente significativas (indica una diferencia significativa).*

Contraste	Diferencias
1 – 2	7,6
1 – 3	2,2
1 - 4	-2,7
1 – 5	*-10,8
2 – 3	-5,4
2 - 4	*-10,3
2 – 5	*-18,4
3 – 4	*-10,5
3 – 5	*-13,0
4 – 5	-8,1

Análisis comparativo de las medias de los puntajes obtenidos por la población en situación de desplazamiento de acuerdo a la escolaridad

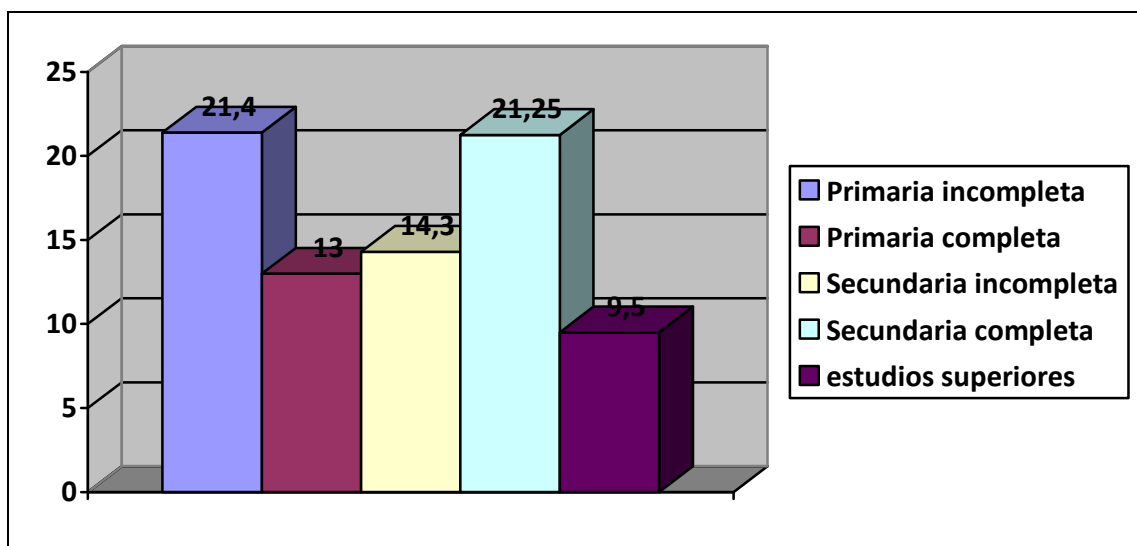


Figura 19. Medias de los puntajes obtenidos en la CES-D por la población en situación de desplazamiento de acuerdo al grado de escolaridad.

Como se observa en la Figura 17, al comparar las medias del puntaje obtenido en el CES-D entre los sujetos de acuerdo con el grado de escolaridad, se presenta una diferencia en las medias hasta de 11,9 puntos. Sin embargo, utilizando el test de Kruskal Wallis con un nivel de significancia de 0,05 se encuentra que estas diferencias no son estadísticamente significativas (Tabla 34).

Tabla 34.

Test de Kruskal Wallis para evaluar diferencias estadísticamente significativas en la puntuación CES-D de acuerdo al grado de escolaridad.

	Rango promedio	Estadístico	P – valor
Primaria incompleta	50,74		
Primaria Completa	34,34		
Secundaria incompleta	36,2	8,71	0,07
Secundaria completa	46,5		
Estudios superiores	26,0		

Análisis comparativo de las medias de los puntajes obtenidos por la población en situación de desplazamiento de acuerdo a lugar de procedencia

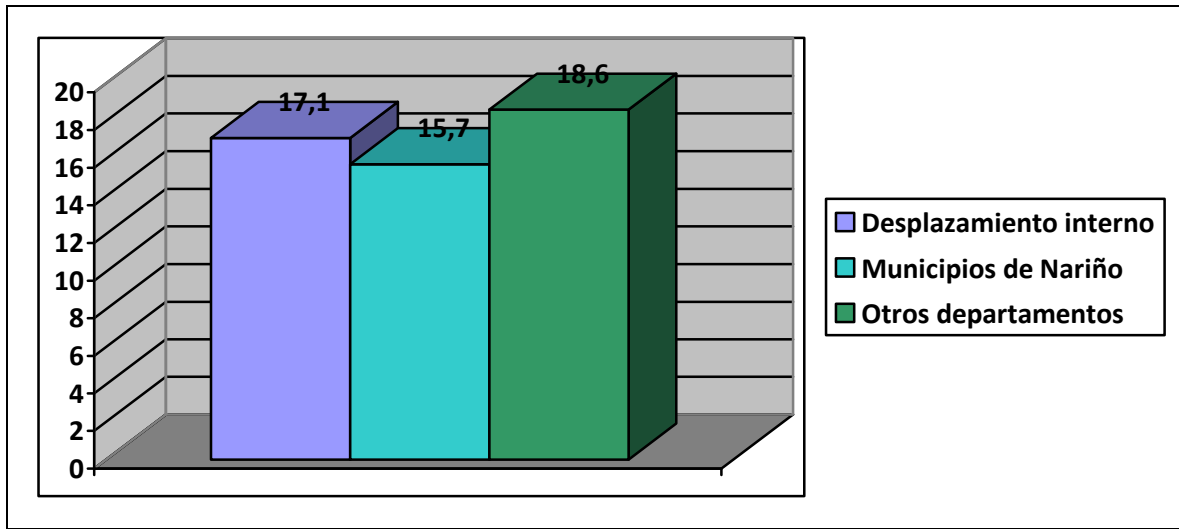


Figura 20. Medias de los puntajes obtenidos en la CES-D por la población en situación de desplazamiento de acuerdo a si proviene del mismo Municipio, de otros municipios del departamento de Nariño o de otros departamentos de Colombia.

Como se observa en la Figura 20, al comparar las medias del puntaje obtenido en el CES-D entre los sujetos de acuerdo al lugar de procedencia, se presenta una diferencia en las medias hasta de 2,9 puntos. Sin embargo, utilizando el test de Kruskal Wallis con un nivel de significancia de 0,05 se encuentra que estas diferencias no son estadísticamente significativas (Tabla 35).

Tabla 35.

Test de Kruskal Wallis para evaluar diferencias estadísticamente significativas en la puntuación CES-D de acuerdo al lugar de procedencia.

	Rango promedio	Estadístico	P – valor
Desplazamiento interno	40,04		
Otros municipios de Nariño	39,7	1,18	0,55
Otros departamentos de Colombia	45,68		

Análisis comparativo de las medias de los puntajes obtenidos por la población en situación de desplazamiento de acuerdo a la zona (rural, urbana) de procedencia

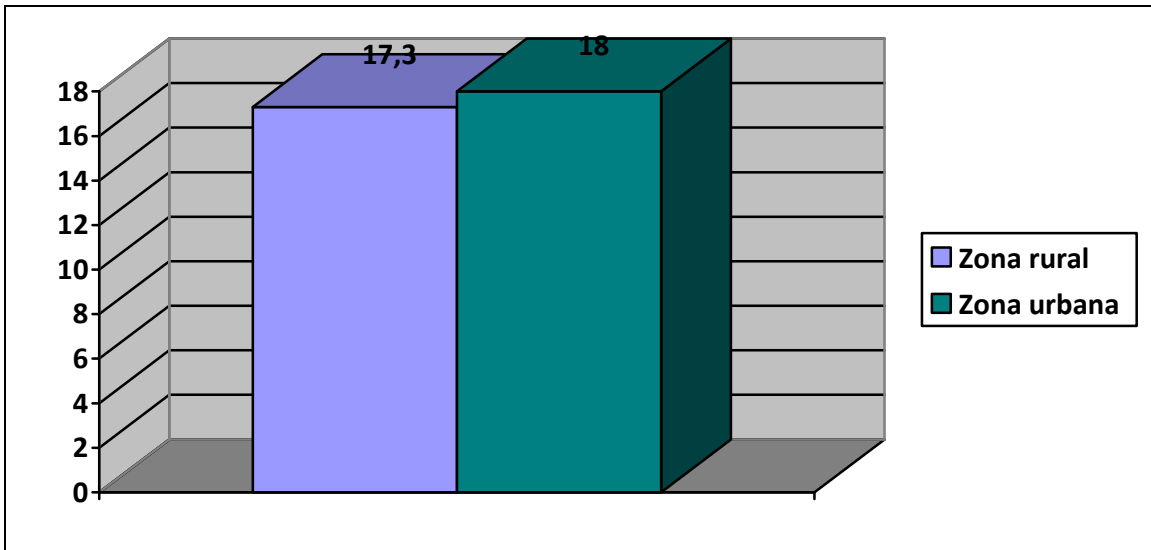


Figura 21. Medias de los puntajes obtenidos en la CES-D por la población en situación de desplazamiento de acuerdo a la zona de procedencia.

Como se observa en la Figura 21, al comparar las medias del puntaje obtenido en el CES-D entre los sujetos de acuerdo con la zona rural o urbana de procedencia, se presenta una diferencia en las medias de 1.7 puntos. Utilizando el test de Kruskal Wallis con un nivel de significancia de 0,05 se encuentra que estas diferencias no son estadísticamente significativas (Tabla 36).

Tabla 36.

Test de Kruskal Wallis para evaluar diferencias estadísticamente significativas en la puntuación CES-D de acuerdo a la zona de procedencia

	Rango promedio	Estadístico	P – valor
Rural	42,01	0,15	0,69
Urbana	44,73		

DISCUSIÓN

Sobre el desplazamiento forzado en Colombia se viene escribiendo y hablando cada vez con más frecuencia. Hace un poco más de una década el tema no revestía mayor importancia dentro del panorama del desarrollo nacional. En la actualidad el fenómeno es tan regular en los medios de comunicación y tan evidente en las esquinas de las grandes ciudades del país, que candidatos, gobernantes, investigadores sociales, estamentos sanitarios, entre otros se preocupan por el tema del desplazamiento forzado (CODHES y UNICEF 1999). Por lo que este fenómeno no es solo un problema político sino que debe abordarse también como un problema de salud pública.

Por este motivo el objetivo de esta investigación es describir la prevalencia de depresión de acuerdo con variables socio-demográficas en la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia con edad igual o mayor a doce años residiendo en el municipio de San Pablo Nariño.

Al margen de precisar si la sintomatología depresiva es consecuencia del desplazamiento, se puede afirmar que los síntomas depresivos están presentes en parte de esta población.

Es importante mencionar que la prevalencia de depresión es relativamente baja, si se tiene en cuenta que en un estudio realizado por Villalobos F, (2007) en estudiantes universitarios tiene una media de 24 con una desviación estándar de 14; en el presente estudio la media es de 17 con una desviación estándar de 12. También se tiene en cuenta que la mediana de la población en la puntuación CES-D es 17,5; lo cual significa que la mitad de la población no presentó sintomatología depresiva. La asimetría de 0,52 significa que hay más valores agrupados hacia la izquierda, lo cual muestra que la mayoría de la población se ubicó en los niveles sin síntomas y con síntomas leves. Para resumir, el 85,7% de la población en situación de desplazamiento se situó en los niveles sin síntomas y con síntomas leves y el 14,3% se situó en los niveles de sintomatología moderada y grave.

Entre las razones por las cuales se esperaba una mayor prevalencia de síntomas depresivos en la población víctima del desplazamiento forzado por la violencia es la escasa atención que en salud mental recibe esta población en particular y la población en general en el municipio de San Pablo (N). En la E.S.E. no hay atención en el área de psicología, tampoco

se cuenta con servicio de psiquiatría al menos de forma esporádica y las únicas intervenciones en promoción de la salud mental y prevención de enfermedades mentales, las ejecuta, hasta la fecha de realización de ésta investigación, el Plan de Atención Básica; intervenciones que se caracterizan por ser ocasionales en razón a que un solo profesional (psicólogo) debe encargarse de la promoción de la salud mental y prevención de enfermedades mentales a nivel comunitario en todo el Municipio.

Otro argumento a favor de una prevalencia de síntomas depresivos más importante en la población estudiada es lo expresado por Shapiro (citado por Montero et. al., 1999) quien asevera que en la actualidad existen suficientes evidencias científicas que afirman que la depresión va precedida de un aumento de las situaciones de estrés, concretamente de aspectos de la vida que se perciben como una amenaza. En este orden de ideas, las personas en situación de desplazamiento han sufrido situaciones de estrés ya que han visto amenazadas sus vidas y en muchas ocasiones han sufrido la muerte violenta de un familiar. Estas situaciones de crisis junto a condiciones de vida como la pobreza, violencia, abusos y atropellos, sumado a que han sido obligados a cambiar abruptamente sus condiciones de vida y sus referentes familiares, sociales y culturales los convierte en una población vulnerable a padecer depresión.

La teoría del desamparo aprendido también permite controvertir los resultados obtenidos en el presente estudio. De acuerdo con Davisón G y Neale J. (2005) esta teoría sostiene que la persona manifiesta pasividad y se siente incapaz de controlar su propia vida, debido a experiencias desagradables o traumas que ha tratado de controlar sin resultados positivos; esto es lo que le ocasiona depresión. Así las cosas, se podría afirmar que las personas en situación de desplazamiento se sienten incapaces de controlar su propia vida debido a eventos traumáticos (amenaza contra su vida, muerte violenta de un familiar, entre otros) que trataron de controlar sin éxito, por lo que tuvieron que huir; estos sucesos negativos de la vida pueden ocasionar depresión.

Esta teoría también postula que la manera como la persona explique el fracaso, determina sus efectos posteriores. Las atribuciones globales y personales harán que se generalicen más los efectos del fracaso Davisón G y Neale J. (2005). Por lo que, si una persona que padeció la experiencia del desplazamiento forzado por la violencia, se siente

culpable por que concluye que lo que le sucedió está relacionado con deficiencias personales que no puede cambiar; este estilo atribucional producirá una respuesta emocional que puede originar depresión.

Por lo tanto, al interpretar estos resultados es importante tener en cuenta que los estudios transculturales de los trastornos afectivos han encontrado que los índices de frecuencia y manifestación varían de manera considerable entre diferentes grupos culturales y sociales. Estos hallazgos sugieren que factores tales como la cultura, las expresiones sociales y los agentes estresantes psicológicos desempeñan un papel importante en los trastornos afectivos de acuerdo con Sue, D, Sue, D y Sue, S. (1994). En este orden de ideas, el hecho de que no se diera una mayor prevalencia de sintomatología depresiva dentro del este grupo puede deberse a la existencia de factores culturales, sociales y psicológicos que estarían actuando como mecanismos de protección frente a la depresión en la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia residenciada en el municipio de San Pablo Nariño.

También, en muchas ocasiones las personas en situación de desplazamiento vivían en sus lugares de origen en situación de marginalidad percida a la que actualmente padecen, Rodríguez M. (2004). Además, la condición de desplazado por la violencia permite tener acceso a servicios y ayuda estatal que antes no tenían, mejorando así sus condiciones de vida. Ello podría explicar el por qué en este estudio no se presentan niveles importantes de sintomatología depresiva.

Otra razón de la prevalencia baja de síntomas depresivos pudiera estar relacionada con lo expresado por Beck en el sentido de que la manera como las personas estructuran e interpretan sus experiencias determina sus estados afectivos. Además, los depresivos operan desde una “triada primaria” de puntos de vista negativos sobre sí mismos, las experiencias presentes y el futuro, Sue, D, Sue, D, Sue, S.,(1994). Así las cosas, las personas en situación de desplazamiento forzado por la violencia podrían estar haciendo una interpretación optimista de su nueva condición y su futuro lo cual les permite superar su nueva condición sin causar un malestar emocional importante.

Otro factor a tener en cuenta para la interpretación de los resultados que muestra este estudio es lo expresado por el Instituto Departamental de Salud de Nariño (2007), en el

sentido que la nueva condición de desplazados les exige realizar un rápido proceso de reorganización y adaptación a su nueva realidad individual, familiar y comunitaria.

Con respecto al género, los resultados de esta investigación muestran que el ser mujer no tiene una incidencia significativa en la presencia de síntomas depresivos. A pesar de que hay diferencia en las medias de los puntajes obtenidos en el CES-D entre hombres y mujeres en situación de desplazamiento (16,3 y 18,6 respectivamente), al realizar el análisis estadístico de el test de Kruskal Wallis con un nivel de significancia de 0,05 se encontró que las diferencias de acuerdo al género no son significativas.

Este resultado no es coherente con la teoría que afirma que la depresión es mucho más común entre mujeres que entre hombres, la mujer tiene casi el doble de probabilidad de sufrir depresión que los hombres, Strikland (1992, citado por Sue, D, Sue, D y Sue, S. 1994). Montero et. al (1999) también afirma que la depresión atendiendo al género tiene un predominio para la mujer de 2:1. Robins (1991) encontró que en los estudios latinoamericanos la relación es de 1.98/1 y que son muy escasos los grupos de población donde no aparezcan tasas similares. El DSM – IV Afirma que del 18 Al 23% de las mujeres y del 8 al 11% de los hombres han experimentado en algún momento de sus vidas un episodio depresivo.

El hecho que resultados similares no se dieran en la presente investigación puede obedecer a que el propósito no es diagnosticar depresión sino evaluar la presencia de síntomas relacionados con depresión entre la población en situación de desplazamiento, por lo cual al realizar un diagnóstico de depresión, propiamente dicho, las proporciones entre hombres y mujeres pueden variar en la dirección expresada por la teoría.

También, puede obedecer a que en determinadas edades esta relación varía. Este predominio no es homogéneo para todos los grupos de edad, por ejemplo, en la infancia no parece existir diferencia en la tasa de depresión entre hombres y mujeres, Montero et. al. (1999). Así las cosas, parte de la población que participa en esta investigación tiene una edad de doce años, límite entre niñez y adolescencia, lo que podría explicar la ausencia de diferencias entre mujeres y hombres en la magnitud esperada.

Al comparar las medias obtenidas por la población en situación de desplazamiento de acuerdo a la edad, no se encontraron diferencias significativas. Esto es coherente ya que las investigaciones han mostrado que otros factores se relacionan más con la depresión que la

edad. Entre los factores relacionados con depresión, desde el enfoque conductual encontraron que la separación del otro significativo y la pérdida o la falta de reforzadores son importantes para desarrollar depresión (Sue, D, Sue, D y Sue, S., 1994). También se ha encontrado que la autoestima baja se relaciona con padecer depresión (Sue, D, Sue, D y Sue, S., 1994). Por su parte, Beck afirma que la manera como las personas estructuran e interpretan sus experiencias determina sus estados afectivos; es decir que en este caso, el presentar un número importante de síntomas depresivos dependería de la manera como estén interpretando la experiencia respecto al desplazamiento. En igual sentido, la teoría del desamparo aprendido (Davisón G y Neale J., 2005), sostiene que la persona manifiesta pasividad y se siente incapaz de controlar su propia vida debido a experiencias desagradables o traumas que ha tratado de controlar sin resultados positivos; lo cual termina ocasionando depresión. Finalmente, el estrés psicosocial grave, tal como la muerte de un ser amado, una condición física que amenace la vida, y la frustración de objetivos importantes preceden a menudo el inicio de la depresión (Sue, D, Sue, D y Sue, S., 1994).

Por lo anterior se puede concluir que hay otros factores que pesan más en la presencia de sintomatología depresiva que la edad. Por esta razón, independientemente de la edad que tenga una persona si existen factores como los anteriormente descritos tendrá más probabilidad de desarrollar depresión.

Los resultados mostraron que no se presenta una diferencia significativa entre los niveles de sintomatología depresiva de las personas cuyo desplazamiento se originó por la muerte violenta de un familiar y aquellas que se desplazaron por amenazas.

De acuerdo con la teoría, debería haber mayor prevalencia de síntomas depresivos entre las personas que perdieron a un familiar que en aquellas que no sufrieron este tipo de pérdida. Este supuesto se basa en que Stenback, (citado por Lars, 1986), concluyó que un problema presente en la depresión son las pérdidas relacionadas con el núcleo familiar. Brown y Harris (citados por Lars, 1986) concluyen que: “la separación de un esposo, confidente, amigo o hijo es común a quienes desarrollaron depresión” (p. 71). También desde el enfoque conductual se ha encontrado que la separación del otro significativo es algo importante en la depresión, pues esta pérdida reduce la presencia de reforzadores, que constituye otro factor que influye en la depresión, Sue, D, Sue, D y Sue, S. (1994).

Sin embargo, debido a que el hecho de perder a un familiar no se relacionó de forma significativa con la presencia de sintomatología depresiva, podría deberse a que la relación con la persona no era estrecha por lo que no significó una pérdida importante de reforzamiento y por ende tampoco fue causa de presencia de sintomatología depresiva.

Ahora bien, pudo suceder que la pérdida de un familiar sí fue significativa, pero su misma condición de desplazamiento, de acuerdo con el Instituto Departamental de Salud de Nariño (2007), les exige realizar un rápido proceso de reorganización y adaptación a su nueva realidad individual, familiar y comunitaria, lo que explicaría el hecho de que no existan diferencias significativas entre las personas cuyo desplazamiento se originó por la muerte de un familiar de aquellas que se desplazaron por amenazas contra su vida.

Es importante resaltar que de acuerdo con ACNUR (2006), una de las principales consecuencias del desplazamiento forzado por la violencia es que las mujeres se ven obligadas a ejercer la jefatura del hogar sin garantías institucionales para ello. En la población víctima de desplazamiento forzado por la violencia domiciliada en el municipio de San Pablo (N) el 31,7% son madres cabeza de familia, porcentaje mayor al promedio nacional que de acuerdo al DANE (2006) alcanza el 28,1%.

En el presente estudio al comparar la sintomatología depresiva en la población de género femenino teniendo en cuenta si son madre cabeza de familia o no, se encontró diferencias significativas entre los dos grupos. Las mujeres cabeza de hogar presentan mayor sintomatología depresiva; es decir, hay relación entre ser madre cabeza de familia y padecer mayor nivel de síntomas depresivos. El resultado es coherente con lo expresado por Montero et. al. (1999) respecto a que las mujeres cabeza de familia tienen mayor riesgo de sufrir depresión.

Esta relación se puede argumentar ya que de acuerdo a la teoría, ser madre cabeza de familia, las obliga a asumir la responsabilidad de la sobrevivencia de sus familias. Estas mujeres hacen un enorme esfuerzo por conseguir el sustento diario, con un escaso nivel de escolaridad y poca o nula experiencia laboral. Las posibilidades de alguna ocupación remunerada se les presentan en la mayoría de los casos sólo en áreas como el trabajo doméstico, el sector informal (ventas ambulantes) e incluso en la prostitución. (ACNUR, 2006).

Lo expresado anteriormente va en consonancia con la realidad que viven las madres cabeza de familia en el municipio de San Pablo, ya que la mayoría tiene un nivel de escolaridad de primaria incompleta y ninguna o poca experiencia laboral, por lo cual se ocupan en mayor proporción como empleadas domésticas, ocupación mal remunerada. Además algunas se encuentran desempleadas, lo que hace más precaria su situación. Sumado al hecho, de que asumen la jefatura del hogar sin garantías institucionales para ello. Toda esta realidad que viven las madres cabeza de familia se traduce en que tengan bajas aspiraciones, sean dependientes y tengan baja autoestima, factores psicológicos que de acuerdo con Montero, I. et. al (1999), se han relacionado con depresión.

Sobre la situación de las mujeres en situación de desplazamiento que son cabeza de familia, también es importante mencionar que tienen menos posibilidades de gestión y menos oportunidades, por lo que sus hijos menores o en edad escolar, se ven obligados a ocuparse en labores domésticas y en trabajos informales para generar ingresos, situación que además los pone en riesgo de desarrollar actividades delincuenciales, Woo (2006).

Así las cosas, queda claro el grado de vulnerabilidad de las mujeres en situación de desplazamiento forzado por la violencia para padecer depresión. Esta vulnerabilidad está relacionada con las difíciles circunstancias en las que las mujeres asumen el sostenimiento del hogar, las cuales se agravan más frente al escaso acompañamiento institucional.

Teniendo como base el presente estudio se puede afirmar que la profesión u oficio al cual se dedican las personas en situación de desplazamiento, mostró tener diferencias significativas en las medias de los puntajes obtenidos en la CES-D. Estas diferencias se dan en la siguiente dirección: las personas que están desempleadas y aquellas que trabajan como empleadas domésticas presentan mayor sintomatología depresiva.

Esto podría obedecer, a que como se dijo en precedencia, hay una proporción importante de empleadas domésticas que son madres cabezas de hogar lo que tiene relación con la presencia de síntomas depresivos. Además, de acuerdo con Lars (1986) los problemas económicos pueden ser un factor precipitante de depresión. En este orden de ideas, es evidente que las personas sin empleo padecen serias dificultades económicas que les impiden cubrir sus necesidades básicas, lo que se relaciona con situaciones de estrés que pueden originar síntomas depresivos. También es importante tener en cuenta, que dentro de la

población desempleada hay población de género masculino, y de acuerdo con Lars (1986), para los hombres el estar desempleados causa mayor malestar que para las mujeres, esto puede deberse a que por lo general se asigna mayor responsabilidad al hombre en el sustento económico del hogar, por lo cual cuando no lo logra, se realiza reproches a sí mismo y suele recibir críticas de la familia inmediata, todo lo cual puede ayudar a la aparición de síntomas depresivos. Así las cosas, queda clara la relación entre estar desempleado y presentar una mayor prevalencia de síntomas depresivos.

No se observó diferencias significativas entre el nivel de escolaridad y las puntuaciones obtenidas en la CES-D. Este resultado está en oposición a lo expresado por Papalia (1997), en el sentido de que el nivel educativo se relaciona con el estado de salud. Las personas con menor nivel educativo tienen más riesgos de desarrollar enfermedades. Esto se debe en parte a que las personas con un mayor nivel educativo obtienen mayores ingresos y acceden a mejores condiciones de vida. Se esperaría que entre las personas en situación de desplazamiento con mayor nivel educativo y las personas con menor nivel de educación, existieran diferencias significativas en el promedio de síntomas depresivos.

Sin embargo, lo anterior no se refleja en esta investigación, lo que puede deberse a que en general las personas en situación de desplazamiento tienen un bajo nivel educativo, sumado a que muchas veces un mayor nivel educativo no se relaciona con un empleo mejor remunerado y por ende mejores condiciones de vida. Por ejemplo, de la población en situación de desplazamiento, mujeres con secundaria completa están trabajando como empleadas domésticas, en las mismas condiciones que aquellas personas que no han terminado la primaria. Lo mismo sucede con los hombres, quienes habiendo terminado el bachillerato se emplean como jornaleros en las mismas condiciones que personas con primaria incompleta. Otras personas en situación de desplazamiento, a pesar de su nivel educativo, se encuentran sin empleo o han tenido que emplearse en trabajos mal remunerados y no acordes con su preparación.

En otro orden de ideas, es evidente el choque cultural y social que deben enfrenar las personas en situación de desplazamiento. Es claro que dependiendo del lugar (Veredas del municipio, otros municipios de Nariño y otros departamentos de Colombia) y la zona rural o urbana del que provienen las personas el choque cultural y social varía. Así las cosas, se

esperaría diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de síntomas depresivos de la población en situación de desplazamiento, dependiendo del el lugar y la zona de procedencia. Sin embargo, en el presente estudio no se encontraron diferencias significativas en la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia teniendo en cuenta estas variables.

Este resultado puede relacionarse con el hecho de que diferentes estudios realizados con población en situación de desplazamiento señalan el desarraigo como una de las principales consecuencias del desplazamiento (Rodríguez, 2004). Así las cosas, en la prevalencia de síntomas depresivos podrían influir más el drama del desarraigo y otros factores discutidos en precedencia, que el lugar y la zona de la cual proceden.

Otro referente a tener en cuenta es que las personas en situación de desplazamiento forzado por la violencia vivían en condiciones de marginalidad parecida a la que actualmente padecen. Así las cosas, la población que se desplaza de las grandes ciudades lo hace por lo general, de barrios con deficiente prestación de los servicios públicos, y donde la pobreza, la violencia y la marginalidad son una constante. Así mismo, las personas que proceden del sector rural, lo hacen de zonas de difícil acceso a servicios públicos, donde ha estado presente la violencia y han vivido en condiciones de pobreza y vulnerabilidad, Rodríguez (2004). En este orden de ideas, sin importar el lugar y la zona de procedencia, las personas que arriban como desplazadas al municipio de San Pablo, llegan a vivir en condiciones que aunque difíciles, ya les eran familiares. Sumado a que la nueva condición de desplazados les permite el acceso a servicios y ayuda estatal de la que antes carecían.

Existen diferencias significativas teniendo en cuenta el tiempo en que la población se encuentra en situación de desplazamiento. La diferencia se da en el sentido de que las personas que están dos años o menos en esta situación, muestran mayor sintomatología depresiva que aquellas que llevan más tiempo en las mismas circunstancias. Esto muestra que el estar poco tiempo en condición de desplazado se relaciona con presentar mayor índice de síntomas depresivos. Este resultado es coherente con la teoría ya que de acuerdo con Rodríguez (2004), el desarraigo es una de las principales causas del desplazamiento, puesto que las personas establecen relaciones estrechas con su entorno, con el desplazamiento se produce un cambio de contexto provocando en las personas pérdidas de referentes que

configuran el arraigo y la pertenencia. Así las cosas, es lógico afirmar que las personas que tienen relativamente poco tiempo en situación de desplazamiento forzado por la violencia presenten un menor grado de adaptación al nuevo ambiente lo que provocaría la presencia de mayor sintomatología depresiva.

Además, en el mismo sentido Lars (1986), encontró que la separación geográfica que había causado una salida del campo social del sujeto podría precipitar un cuadro depresivo, lo cual hace pensar que las personas que están poco tiempo en situación de desplazamiento han sufrido la mencionada separación que sería responsable de la presencia de mayores síntomas depresivos.

El modelo de depresión de Lewinsohn que de acuerdo con Sue, D, Sue, D y Sue, S.,(1994) es quizá la más amplia explicación conductual sobre depresión, también aporta evidencia para explicar el resultado.

Junto con el punto de vista del reforzamiento en la depresión, Lewinsohn sugirió tres series de variables que pueden aumentar o entorpecer el acceso de una persona a reforzamiento positivo.

Eventos y actividades que son potencialmente reforzantes para la persona. Este número depende mucho de las diferencias individuales y varía con los rasgos biológicos y las experiencias del individuo.

Disponibilidad de reforzamiento en el ambiente. También puede afectar a la persona; hay lugares que ofrecen escaso reforzamiento positivo.

Conducta instrumental de la persona. La cantidad de habilidades sociales que la persona lleva a cabo para producir reforzamiento.

Un índice bajo de reforzamiento positivo en cualquiera de estas tres situaciones puede conducir a la depresión.

Teniendo como base el modelo antes descrito se puede argumentar que por el desarraigo las personas en situación de desplazamiento, disminuyen los eventos y actividades potencialmente reforzantes, pasando a tener eventos estresantes y aversivos. El cambio de contexto provoca una pérdida de referentes que producen una disminución de disponibilidad de reforzamiento en su nuevo ambiente. También se podría afirmar que parte de la población desplazada carece de un repertorio de habilidades sociales para relacionarse de manera

adecuada con las personas y las entidades que los atienden en su nueva situación, lo cual dificultaría aún más la obtención de reforzamiento. Por consiguiente puede existir bajo reforzamiento en algunas o todas estas áreas, lo que provocaría, como muestra esta investigación, un mayor índice de prevalencia de depresión en la población que está en situación de desplazamiento dos años o menos.

CONCLUSIONES

Pese a las limitaciones que provienen del carácter inicial del presente estudio, se puede afirmar que a pesar de que el desarraigo conlleva un sin número de circunstancias adversas los índices de prevalencia de sintomatología depresiva en la población son bajos. Sin embargo, es importante aclarar, que a partir de los resultados preliminares del presente estudio, no se puede concluir que esta población no esté en riesgo de sufrir depresión u otras enfermedades mentales.

También se resalta la importancia de desarrollar investigaciones encaminadas a detectar la prevalencia de enfermedades mentales a nivel comunitario, ya que la descripción del estado de salud de una población, es el primer paso, para luego, identificar los factores relacionados con la presentación de la enfermedad y finalmente prevenir la aparición de nuevos casos y el tratamiento de los ya existentes.

En la región debido a la situación de violencia y marginalidad social que sufre buena parte de la población la depresión constituye un problema importante de salud mental, agravado porque muchas veces, en los diferentes niveles de atención en salud pasan por alto la sintomatología depresiva. Así las cosas, desarrollar investigaciones encaminadas a identificar el estado de este problema de salud a nivel comunitario representa un gran avance para el reconocimiento y atención de este problema de salud mental que provoca serias consecuencias en salud pública.

A pesar, de que la atención en salud mental para las personas en situación de desplazamiento sufre serias restricciones en el municipio de San Pablo Nariño, en la presente investigación, este hecho no se refleja en una prevalencia importante de sintomatología depresiva. Sin embargo, surge información de utilidad para que las instituciones (personería, alcaldía, E.S.E, instituciones educativas) mejoren la calidad del servicio que ofrecen a esta población.

Las mujeres madre cabeza de familia presentan una clara vulnerabilidad para padecer depresión, comparadas con aquellas que no son madres cabeza de hogar. Esta vulnerabilidad está relacionada con las difíciles circunstancias en las que asumen el sostenimiento del hogar, las cuales se agravan frente al escaso acompañamiento institucional.

El estar desempleado aumenta el riesgo de sufrir depresión. Esta relación puede obedecer a que los problemas económicos pueden actuar como un factor precipitante de depresión. También, toda vez que hay población desempleada de género masculino, puede estar relacionado con la evidencia que muestran algunas investigaciones (Lars, 1986) en el sentido de que para los hombres la depresión se relaciona más que para la mujer con la situación en el empleo.

Además, es importante mencionar que las personas que están dos años o menos en situación de desplazamiento muestran mayor prevalencia de síntomas depresivos, lo que estaría relacionado con el desarraigo que sufren, el cual produce una pérdida de referentes que hacen que se disminuya los eventos y actividades potencialmente reforzantes, que serían responsables de un mayor índice de síntomas depresivos.

RECOMENDACIONES

En el área investigativa se recomienda desarrollar trabajos encaminados a detectar la prevalencia de enfermedades mentales a nivel comunitario, ya que la detección temprana es un paso para luego, identificar los factores relacionados con la presentación de la enfermedad y finalmente prevenir la presentación de nuevos casos y el tratamiento de los ya existentes.

En este orden de ideas, frente a los resultados del presente estudio que muestra un nivel relativamente bajo de síntomas depresivos, sería importante determinar los factores que influyen en la capacidad que muestra la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia para desarrollar un rápido proceso de reorganización y adaptación, teniendo en cuenta que el desarraigo conlleva un sin número de circunstancias adversas, que de otra manera pudieran haber desencadenado una mayor prevalencia de sintomatología depresiva.

Por la vulnerabilidad que presenta la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia se hace necesario que los municipios que tienen población en esta situación pongan a disposición programas encaminados a promoción y prevención de problemas de salud incluyendo de manera importante el componente de salud mental.

En el mismo sentido es prioritario que a nivel institucional se fortalezcan los mecanismos de apoyo y protección para que las madres cabeza de familia en situación de desplazamiento asuman en mejores circunstancias el sostenimiento del hogar.

Además, por las implicaciones económicas, sociales, de salud, entre otras que tiene el desempleo. Se hace necesario que a nivel institucional se realicen acciones encaminadas a mejorar las posibilidades de emplearse para las personas en situación de desplazamiento.

Por los resultados que muestra esta investigación en el sentido de que las personas que están dos años o menos en situación de desplazamiento muestran mayor prevalencia de síntomas depresivos, se hace necesario que las instituciones encargadas de atender a esta población enfoquen sus esfuerzos en brindar una atención más integral en este periodo.

REFERENCIAS

ACNUR (2006). *Colombia con mayor número de desplazados* Disponible en RED <http://www3.terra.com.co/actualidad/articulo/html/acu2465.htm> [Noviembre 2, 2007]

ACNUR y Defensoría del Pueblo. (1996). *Cartilla para la Capacitación a Funcionarios del Ministerio Público y Comités Departamentales de Atención a la Población Desplazada, Colombia.*: autor.

ACNUR, (2006). *Balance de Política Pública de prevención, protección y atención al desplazamiento interno forzado en Colombia.* Colombia: Panamericana Formas e Impresos S.A

Álvarez, R. (1996). *Salud Pública y Medicina Preventiva.* 2ed. México: Manual Moderno

Ansiedad y depresión, trastornos más comunes. (2004). Disponible en Red: http://web.unab.edu.co/periodico15/n55_a3/salud1.htm. [Septiembre 16, 2007].

Ascary, A. y Peña, J. (2006). *Aprendiendo y Aplicando la Investigación en Psicología.* México: Editorial Trillas.

Asociación Colombiana para la Salud Mental. (1998). Resolución 2358 de 1998. Disponible en Red: www.acsam.com.co/Documentos/PoliticasyResoluciones/Resolucion2358_1998.pdf. [Agosto 15, 2007].

CODHES, UNICEF (1999). *Un país que huye: Desplazamiento y violencia en una nación fragmentada.* Colombia: Autores

CODHES, UNICEF (2003). *Un país que huye: Desplazamiento y violencia en una nación fragmentada.* Colombia: Autores

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Organización de Estados Americanos (sin dato). *El Desplazamiento Forzado Interno en Colombia.* Disponible (En Red) <http://www.cidh.oas.org> . [Noviembre 10, 2007].

Currea-Lugo, V. (2003). *El Derecho a la Salud en Colombia: Diez años de Frustraciones.* Colombia: Publicaciones ILSA.

Davison C. y Neale J. (2005). *Psicología de la conducta anormal.* México: Limusa

Decreto 3039 de 2007. *Plan Nacional de Salud Pública, Capítulo Alcances.* Disponible en (Red). www.valledelcauca.gov.co/salud. [Noviembre 17, 2007]

Defensoría del Pueblo (2004). *Desplazamiento forzado en Colombia*. Colombia: los Autores.

Escobar, C. y Paz, S. (2006). Depresión, ansiedad y su comorbilidad en población escolarizada entre 8 y 14 años del municipio de Pasto. Trabajo de grado. Programa de Psicología. Universidad de Nariño

Fredén, L., (1986). *Aspectos psicosociales de la depresión*. México: Galache,.

Frenk, J. (2000). *La salud de la población: Hacia una nueva salud pública*. México: Fondo de Cultura Económica.

Hernández, C., Fernández, R.; Batista, L. (1991). *Metodología de la investigación*. México: McGrawHill.

Instituto Departamental de Salud de Nariño (2007). Consideraciones respecto a la atención humanitaria de emergencia y de la misión medica frente a la problemática del desplazamiento masivo en Nariño. Disponible en Red: [http:// www.idsn.gov.co](http://www.idsn.gov.co) [Noviembre 17, 2007].

Locke, B. Z., y Putnam, P. (Sin dato). *Center For Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D Scale)*. [Internet] Disponible en: www.friendsnrc.org/download/outcomeresources/toolkit/annot/cesd.pdf. [Noviembre 17, 2007]

Londoño, L. (2004). *Metodología de La Investigación Epidemiológica*. 3ª ed. México: Manual Moderno.

López C. P. (2007). *Curso básico de STATGRAPHICS 5*. Disponible en: sabanet.unisabana.edu.co/informatica/telematica/empresas/spss/default.htm [Noviembre 16, 2007].

Maya, C y Oscar, M (2000). *Valoración de la Prevalencia y Dimensiones Semiológicas más Frecuentes de la Depresión en los Estudiantes de las Facultades de ciencias Humanas e Ingeniería de la Universidad de Nariño Torobajo*. Colombia: Universidad de Nariño.

Ministerio de Protección Social (2004). *Circular 018. (febrero de 2004)*. Disponible en (Red) www.minprotección.gov.co. [Noviembre 13, 2007]

Ministerio de Protección Social (2007). *Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010*. Disponible en (Red): <http://www.minproteccionsocial.gov.co>. [Noviembre 18, 2007]

Montero, I. et. al (1999). *Trastornos Depresivos en la Mujer*. España: MASSON.

Muñoz et. al. (2000). *Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud*. Informe de la Organización Panamericana de la Salud. [Internet] Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3012.pdf> [Noviembre 13, 2007]

Muñoz, R.F. (Sin dato). *Scoring the Mood Screener and the CES-D*. Disponible en RED: <http://medschool.ucsf.edu/latino/>. [Noviembre 11, 2007]

Organización Panamericana de la Salud (2002). Programa de salud mental de OPS/OMS políticas y servicios de salud mental y promoción de salud mental. Disponible en Red. www.ops.org [Noviembre 15, 2007]

Ortega L. y Santader, F. (2006). Construcción y caracterización psicométrica de una prueba para medir depresión en estudiantes de pregrado y postgrado de la Universidad de Nariño, Sede Pasto. Trabajo de grado. Programa de Psicología. Universidad de Nariño

Papalia D. (1997). *Desarrollo Humano*. 6ª ed. Colombia: McGRAW – HILL.

Policlínico Sagrada Familia (2007). *Boletín Sobre Depresión*. Disponible en Red: <http://policlinicosagradafamilia.gtsj.net/> [Agosto 14, 2007].

Ramírez M. (2006). El impacto del desplazamiento forzado sobre las mujeres en Colombia. [Internet] Disponible en: www.revues.org/ . [agosto 23, 2007].

RCN (2007). Naciones Unidas presentó balance general de desplazamiento en Colombia. Noticias. Disponible en Red www.canalrcn.com/noticias. [Noviembre 11, 2007]

Institute of Epidemiology, College of Public Health, National Taiwan University (2004). *Using the CES-D in a two-phase survey for depressive disorders among nonreferred adolescents in Taipei*. [Internet] Disponible en: www. [Noviembre 11, 2007].

Rodríguez, M. 2004. Resiliencia: otra forma de ver la adversidad. Bogotá. Facultad de teología.

Sue, D, Sue, D y Sue, S. (1994). *Comportamiento Anormal*. México: McGraw Hill.

Toro, D. (2007). *Reforma a la Ley 100*. Disponible en (Red) www.ccc.org.co/Documents/2005/Salud/5.pps/ [Noviembre 15, 2007]

Valdivia, M. y Condeza, M., (2006). *Psiquiatría del adolescente*. Chile: Editorial Mediterráneo.

Wayne, W.D. (1982). *Estadística con Aplicaciones a las Ciencias Sociales y la Educación*, México: McGraw-HILL

Wikipedia (2007). Tablas de contingencia. Disponible en RED: <http://es.wikipedia.org/wiki/acceso>. [Noviembre 15, 2007]

Woo, L. (2006). *Implicaciones psicosociales del desplazamiento forzado*. Disponible en RED: <http://www.disaster-info.net/desplazdos>. [Noviembre 11, 2007].

ANEXOS

ANEXO A: CES-D

CES-D

Instrucciones. *Le voy a leer unas frases que describen como usted se podría haber sentido. Por favor dígame con que frecuencia se ha sentido de esta manera durante la semana pasada: raramente o ninguna vez; alguna o pocas veces; ocasionalmente o una buena parte del tiempo; o la mayor parte o todo el tiempo.*

Durante la semana pasada, eso es desde _____ hasta el presente: (fecha)	Raramente o ninguna vez (Menos de un día)	Alguna o poca vez (1-2 días)	Ocasionalmente o una buena parte del tiempo (3-4 días)	La mayor parte o todo el tiempo (5-7 días)
1. Le molestaron cosas que usualmente no le molestan.	0	1	2	3
2. No se sentía con ganas de comer; tenía mal apetito.	0	1	2	3
3. Sentía que no podía quitarse de encima la tristeza aun con la ayuda de su familia o amigos.	0	1	2	3
4. Sentía que Ud. era tan buena como cualquier otra persona.	3	2	1	0
5. Tenía dificultad en mantener su mente en lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
6. Se sentía deprimida	0	1	2	3
7. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo.	0	1	2	3
8. Se sentía optimista sobre el futuro.	3	2	1	0
9. Pensó que su vida había sido un fracaso.	0	1	2	3
10. Se sentía con miedo.	0	1	2	3
11. Su sueño era inquieto.	0	1	2	3
12. Estaba contenta.	3	2	1	0
13. Habló menos de lo usual.	0	1	2	3
14. Se sintió sola.	0	1	2	3
15. La gente no era amistosa.	0	1	2	3
16. Disfrutó de la vida.	3	2	1	0
17. Pasó ratos llorando.	0	1	2	3
18. Se sintió triste.	0	1	2	3
19. Sentía que no le caía bien a la gente.	0	1	2	3
20. No tenía ganas de hacer nada.	0	1	2	3
Para obtener total: Suma todos los números a los que hizo un círculo.	Total:			

ANEXO B: CONSENTIMIENTO INFORMADO

A continuación se presentan las disposiciones generales que rigen la participación de las personas en la investigación denominada: “Análisis e interpretación de la prevalencia de depresión en la población víctima de desplazamiento forzado por la violencia residiendo en el municipio de San Pablo Nariño” del Programa de Psicología de la Universidad de Nariño.

La investigación busca medir los síntomas depresivos presentes en la población víctima del desplazamiento forzado por la violencia. Su participación es voluntaria; no habrá remuneración u otra prebenda para quien participe, así como tampoco habrá consecuencias negativas para quien decida no hacerlo.

Esta investigación es importante porque permite conocer las condiciones que en salud mental, específicamente en depresión presenta la población víctima de desplazamiento forzado por la violencia en el Municipio.

Para realizar la medición de síntomas depresivos se pedirá que usted suministre información. Esta información se manejará bajo la más absoluta confidencialidad, y se utilizará únicamente para los fines que fue solicitada. Además, usted será informado de los resultados, las interpretaciones, así como las conclusiones y recomendaciones que surjan como resultado del trabajo de investigación.

En términos generales, la presente investigación tiene en cuenta el respeto y dignidad de las personas, por lo cual no recurre a procedimientos que atenten contra el bienestar, y los derechos de quienes participen.

Si usted está totalmente de acuerdo en participar en la investigación, Por favor, escriba su nombre y responda el cuestionario que le presentará el investigador Guillermo Muñoz.

Agradecemos de antemano su atención y su participación en el proceso.

Nombre

ANEXO C: CUESTIONARIO**I. VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS**

Edad: _____ **Sexo (Marcar con X):** 1. Hombre 2. Mujer
Estado Civil: 1. Soltero(a) 2. Casado(a) 3. Unión Libre 4. Divorciado(a) / Separado(a) 5. Viudo(a)
Pérdida de vidas de familiares como causa del desplazamiento: 1. Si 2. No
Escolaridad: 0. Analfabeta 1. Primaria incompleta 2. Primaria completa 3. Secundaria incompleta
 4. Secundaria completa 5. Estudios superiores
Madre Cabeza de familia: 1. Si 2. No
Lugar de Procedencia: Municipio _____ Departamento _____
Zona: 1. Rural 2. Urbana
Profesión u oficio: 1. Obrero/ Jornalero 2. Empleado(a) 3. Estudiante 4. Empleada doméstica
 5. Desempleado(a)
Tiempo en Condición de desplazado: _____

II. CES-D

Instrucciones. Las afirmaciones que encuentra a continuación describen como usted se podría haber sentido. Por favor marque con una X la frecuencia con que se ha sentido de esta manera durante la semana pasada:

	Ítems	Raramente o ninguna vez (Menos de un día)	Alguna o pocas veces (1-2 días)	Ocasionalmente o una buena parte del tiempo (3-4 días)	La mayor parte o todo el tiempo (5-7 días)
1.	Me molestaron cosas que usualmente no me molestan				
2.	No se sentía con ganas de comer; tenía mal apetito				
3.	Sentía que no podía quitarme de encima la tristeza aun con la ayuda de su familia o amigos.				
4.	Sentía que yo era tan buena como cualquier otra persona.				
5.	Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo.				
6.	Me sentía deprimido(a)				
7.	Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo				
8.	Me sentía optimista sobre el futuro				
9.	Pensé que mi vida había sido un fracaso				
10.	Me sentía con miedo				
11.	Mi sueño era inquieto				
12.	Estaba contento(a)				
13.	Hablé menos de lo usual				
14.	Me sentí solo(a)				
15.	La gente no era amistosa				
16.	Disfruté de la vida				
17.	Pasé ratos llorando				
18.	Me sentí triste				
19.	Sentía que no le caía bien a la gente				
20.	No tenía ganas de hacer nada.				
TOTAL:					