

Depresión y su Relación con el (Género) Sexo en un Grupo de Adolescentes de la Localidad de
Bosa

Andrea Toro Sánchez y Martha Cardona Toro.

Cristina Castro. Directora de la Investigación.

Facultad de Postgrados, Universidad de la Sabana.

Octubre de 2010

Tabla de Contenido

Tabla de Contenido.....	2
Resumen.....	4
Introducción.....	5
Depresión.....	7
Adolescencia y depresión.....	9
Factores biológicos.....	12
Factores psicosociales.....	13
Acontecimientos negativos.....	21
Escaso apoyo social.....	22
Género.....	24
Justificación.....	27
Objetivos.....	28
Objetivo General.....	28
Objetivos Específicos.....	28
Hipótesis.....	29
Método.....	29
Diseño.....	29
Participantes.....	29
Instrumentos.....	30
Variables.....	30
Procedimiento.....	31
Consideraciones Éticas.....	31
Resultados.....	32
Discusión.....	36
Referencias.....	39
Apéndice A.....	47
Apéndice B.....	48
Apéndice C.....	49

Apéndice D..... 50
Apéndice E..... 51

Resumen

La investigación busca determinar si existe relación entre sexo y síntomas específicos de la depresión en un grupo de adolescentes pertenecientes a la localidad de Bosa, en Bogotá. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck a un grupo de 111 adolescentes, 57 mujeres y 54 hombres, entre 13 y 17 años. Se utilizó un diseño no experimental de tipo descriptivo transeccional. Los resultados evidencian presencia de depresión en 55% de hombres y 75% en mujeres, en diferentes niveles de intensidad. Sin embargo, no se encuentran (diferencias) relaciones significativas de sexo en cuanto a los síntomas presentados; a excepción de los pensamientos o deseos de suicidio que fueron manifestados por el doble de hombres que de mujeres.

PALABRAS CLAVE: depresión, adolescencia, sexo.

Abstract

The present investigation aimed at determining whether there is a correlation between sex, and specific symptoms of depression in a group of adolescents in the city area of Bosa. The Beck Depression Inventory was applied in a sample of 111 adolescents, of ages between 13 and 17. The design was non experimental, descriptive trans. The results show the presence of depression in 55% of men and 75% in women at different levels of intensity. However, there are not significant gender differences in terms of symptoms presented, with the exception of suicidal thoughts or desires that were expressed by twice as many men than women.

KEY WORDS: depression, adolescence, sex.

Depresión y su Relación con el Sexo en un Grupo de Adolescentes de la Localidad de Bosa

Actualmente, la depresión constituye un problema de salud pública de gran incidencia a nivel global. Se calcula que más de 20.8% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida (Barlow, 2008). El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente. (Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo, 2001).

En Colombia, según el Estudio Nacional de Salud Mental realizado en el 2003 por el Ministerio de la Protección Social, el 8.6 % de los hombres han presentado un estado depresivo mayor alguna vez en su vida, mientras que en las mujeres, la cifra asciende al 15%, siendo esta la mayor problemática presentada en esta población, en términos de salud mental. Por su parte, el abuso de alcohol representa la mayor problemática presentada por los hombres; el 13.2% de la población presenta problemas de abuso de alcohol, en comparación con el 1.6% en las mujeres. Esta cifra es relevante si se tiene en cuenta que el abuso de alcohol es un factor desencadenante de trastornos depresivos y/o suicidio, siendo este último un fenómeno de gran impacto sobre la población general. Se calcula que cada 40 segundos se suicida un individuo, razón por la cual el suicidio constituye la primera causa de muerte a nivel mundial, con una tasa de mortalidad calculada por la OMS de 14.5x100.000 habitantes al año (Téllez y Forero, 2006, citado por el Estudio Nacional de Salud Mental). Colombia presenta una tasa de suicidio cercana al 4x100.000, tasa que se ha mantenido estable en los últimos cinco años, de acuerdo con los estudios del Instituto de Medicina Legal de Bogotá.

Es importante mencionar que Bogotá tiene la mayor prevalencia de trastornos de ánimo, siendo ésta del 21.2%. Según los datos del Estudio Nacional de Salud Mental (2003). Así mismo, vale la pena resaltar que tan sólo 1 de cada 10 sujetos con algún trastorno mental recibieron atención, lo que indica que la depresión, a pesar de ser una problemática de gran prevalencia, está subdiagnosticada, lo cual sugiere que aún desconocemos su dimensión real. (Estudio Nacional de Salud Mental, 2003).

Así mismo, según los datos del Segundo Estudio Nacional de Salud y Consumo de Sustancias Psicoactivas (Torres de Galvis y Montoya, 1997), sugieren que los jóvenes colombianos entre los 16 y 21 años presentan los más altos índices de depresión en comparación con otros rangos de edad, a excepción de la depresión severa en los hombres de 28 a 33 años, lo cual sugiere que la depresión se ha convertido en uno de los problemas más relevantes en el ámbito de la salud mental adolescente.

Cabe resaltar que la adolescencia es una etapa en la que se presentan múltiples cambios que producen en el adolescente una necesidad de exploración, diferenciación del núcleo familiar, búsqueda de pertenencia y sentido de vida, que lo confrontan con una realidad para la que muchas veces no está preparado. Por esta razón, la adolescencia configura un grupo poblacional de alto riesgo para padecer trastornos de ánimo como la depresión (Blum, 2000). De la misma manera, González, De la Cruz y Martínez (2007), expresan que sus manifestaciones varían en función de múltiples factores como el género, el sistema de valores y creencias que posea el adolescente, su nivel intelectual y educativo, su capacidad de adaptación, así como el ambiente en el cual se desenvuelva.

Todos estos factores de riesgo toman diferentes proporciones en jóvenes que viven en zonas con condiciones de vida más precarias, dado que el contexto socio-económico en donde se encuentran los adolescentes afecta esta etapa, al tener que enfrentarse a una realidad más difícil. Este tipo de población tiende a evidenciar problemas de comportamiento en los niños y adolescentes, en el ámbito familiar, escolar y social. Según Cortes y Delgadillo (2006), “las condiciones de pobreza conllevan a procesos de exclusión social en un círculo perverso de no acceso a oportunidades de desarrollo y desventajas que para los adolescentes se ve reflejado en el abandono temprano de la escuela, sin haber alcanzado las competencias básicas, lo cual los expone a una incursión laboral a temprana edad en condiciones muy deficientes y riesgosas” (Cortes y Delgadillo, 2006). Por su parte, Kliksberg (1995), señala que según datos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, (PNUD), la pobreza tiene consecuencias devastadoras sobre la población, siendo las principales la desnutrición desde temprana edad, las altas tasas de mortalidad infantil y escolaridad pública deteriorada con elevados índices de problemas académicos y deserción escolar. Tal situación se asocia a la desintegración familiar, la cual limita

significativamente las posibilidades de un proceso de socialización primaria satisfactorio para el adolescente y configura un factor de vulnerabilidad importante que lo lleva a considerar la calle, como su lugar predominante de socialización y como un medio para sobrevivir (Kliksberg, 1995; Picco y Galende, 2001).

Este es un claro reflejo de la situación que viven los adolescentes de Bosa, siendo una de las localidades más afectada por la pobreza, la violencia, el consumo de sustancias, la inseguridad, la violencia intrafamiliar y el embarazo precoz, entre otras. (Diagnóstico Local con Participación Social, Secretaría Distrital de Salud, 2003). Según datos del Hospital Pablo VI, en el informe Sala Situacional Salud Mental (2009), en el año 2008 se presentaron 46 casos de intento de suicidio. Esta situación se presenta con más frecuencia en las mujeres con un 58% en el 2007 y el 53% en el 2008 en los hombres. La población más afectada es la adolescente con un 73.3% para el año 2007 y un 68.4% para el 2008. (Hospital Pablo VI Bosa ESE-Sala Situacional Salud Mental, 2009; Datos de Base SIVIM 2006 – 2008). Las causas asociadas a los intentos de suicidio fueron: necesidades básicas insatisfechas, factores socio-culturales, desempleo, hacinamiento, embarazos no planeados, antecedentes de violencia en la familia, dependencia hacia el alcohol y otras sustancias psicoactivas y dificultades de comunicación. (Hospital Pablo VI Bosa ESE-Sala Situacional Salud Mental, 2009; Datos de Base SIVIM 2006 – 2008; Santacruz, Gómez, Posada, y Virachará, 1995).

Según Téllez y Forero (2006), el intento de suicidio no siempre se asocia a un trastorno depresivo, éste es frecuente en niños o adolescentes deprimidos crónicamente, en quienes la ansiedad aumenta intensamente, como una vivencia aguda e intolerable que los conduce a la decisión suicida.

Depresión

Según el DSMIV, la depresión es un sentimiento de tristeza intensa que puede producirse por un evento o cualquier otro acontecimiento que pueda desencadenar este estado de ánimo es la persona, por ejemplo; pérdida de trabajo, pérdida de alguna persona significativa, estrés elevado, un suceso violento, embarazo, menstruación, enfermedades, medicamentos, usos de drogas,

herencia-genética. La depresión se caracteriza principalmente, por la presencia de un estado de ánimo irritable y/o disfórico, y por la falta de motivación y disminución de la conducta instrumental adaptativa. Además se acompaña por alteraciones del apetito, del sueño, de la actividad motora, cansancio, especialmente matutino, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultades para pensar o concentrarse, indecisión, ideas de muerte y/o de suicidio o intento de suicidio. Este trastorno trae repercusiones negativas a nivel personal, familiar, escolar y/o social. En la infancia predominan los síntomas psicofisiológicos y motores, luego hacia la adolescencia adquieren relevancia los síntomas cognitivos y aparecen dificultades en nuevos ámbitos como el legal y el sexual (Gómez-Máquet, 2007; Méndez, Olivares y Ros, 2006, citado por Caballo y Simon, 2002).

Las ciencias del comportamiento han propuesto múltiples modelos para explicar la depresión, cada uno de los cuales hace énfasis sobre determinados factores asociados a este trastorno.

Desde un enfoque cognitivo, se sugiere la existencia de una serie de factores presentes en el sujeto, previo al inicio del trastorno, que lo hacen vulnerable a desarrollar el cuadro depresivo. Uno de los planteamientos que ha tenido mayor aceptación es el de Aaron Beck. Este autor propone una organización estructural del pensamiento depresivo, en cuyo núcleo, las creencias y esquemas, funcionarían distorsionadamente, conduciendo por consecuencia a otro conjunto de desajustes en el resto del sistema. Así, Beck ha propuesto a la tríada cognitiva como el esquema central de la depresión, ella consiste en una visión negativa de uno mismo, del entorno y del futuro. De esta manera, la persona cometería errores de interpretación de la realidad que redundarían en los pensamientos automáticos negativos tan característicos del paciente con depresión. (Beck, 1976).

Por su parte, Seligman y Overmier plantearon en 1967 un fenómeno conocido como “*desesperanza aprendida*”. La hipótesis central de esta teoría afirma que la depresión se produciría porque la persona pierde la percepción de control sobre su ambiente. Más precisamente, la desesperanza aprendida constituye un síndrome resultante de un cambio en la

percepción de la propia eficacia, que hace que la persona aprenda que los eventos motivacionalmente significativos son independientes de la propia conducta y, por lo tanto, incontrolables (Soria, Otamendi, Berrocal, Caño y Rodríguez, 2004).

Según Hoberson y Lewinsohn (1974, citado por Vargas-Mendoza, 2009), desde el enfoque conductual, el énfasis para explicar la depresión ya no se hace sobre las cogniciones sino sobre los comportamientos. En particular, estos modelos consideran a la depresión como una consecuencia de la falta de reforzamiento, ya sea en términos de una baja densidad de reforzamiento positivo o de tasas bajas de reforzamiento positivo contingente a las respuestas.

Según Vargas-Mendoza (2009), el modelo de privación del reforzamiento para la depresión propone que la reducción en las tasas de reforzamiento producirá una reducción en las tasas de respuesta. Esto es ciertamente el caso cuando los reforzadores se pierden por completo. Tasas muy bajas o comportamiento totalmente extinguido puede ser el resultado de la falta o pérdida del reforzamiento.

Adolescencia y depresión

Aunque la depresión es una enfermedad que se puede presentar en cualquier etapa del ciclo vital, la adolescencia es una de las etapas en las que se presenta mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que es aquí donde se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social lo cual plantea un nivel de exigencia muy alto que en muchas ocasiones supera los recursos de afrontamiento que poseen.(Blum, 2000, citado por Pardo, Sandoval, Umbarila, 2004; Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein y Gotlib, 2000, citados por Pardo et al. 2004); González, et al., 2007).

La adolescencia según García (2009), es el período comprendido entre los 12 y los 18 años. Este periodo está marcado por cambios muy importantes en tres áreas: Físicamente, el adolescente experimenta todos los cambios corporales de la pubertad. En cuanto al desarrollo cognoscitivo, los adolescentes inician el pensamiento operacional formal y los primeros pasos hacia la construcción de una identidad ocupacional y sexual. Las primeras etapas de las operaciones formales son visibles para muchos, pero no para todos los adolescentes en este periodo. Estas etapas de los 14 años o más se caracterizan por un razonamiento moral convencional. A los 17 o 18 años, algunos adolescentes han alcanzado operaciones formales consolidadas por un razonamiento moral. En el desarrollo social estos cambios no sólo afectan a las relaciones con sus compañeros, también afectan a las relaciones con sus padres. De hecho, es el periodo de desequilibrio social con mayores problemas en las relaciones padre-hijo, influencia máxima de la presión de los compañeros y problemas de la conducta y depresión. El adolescente empieza a cuestionar los antiguos valores, los viejos papeles, las viejas ideas de la identidad.

De esta manera, según Fierro (1991, citado por Siverio y García, 2007), la adolescencia supone una etapa marcada por un cierto desequilibrio. El adolescente debe compaginar su necesidad de independencia y dependencia, su búsqueda de autonomía y su apego a los iguales, su seguridad e inseguridad personal, por lo que podemos suponer que su adaptación se verá, de algún modo, afectada.

Pese a que culturalmente se tiende a relacionar a la juventud con la edad de la sociabilidad, la experiencia de soledad se hace clara y patente en la adolescencia, momento de la vida en la que se observa un doble movimiento con sus figuras de apego, se desapega de los padres y busca nuevas relaciones con sus pares. Pretty, Andrewes y Collett (1994, citado por Tapia, Fiorentino y Correché, 2003), afirman que la soledad fue descrita en la adolescencia vinculada con el fracaso en la satisfacción de necesidades de relación con pares y relaciones íntimas, es decir, con deficiencias en la obtención de un sentido de comunidad y un sentimiento de pertenencia a una estructura social que los sostienen. Los adolescentes suelen tener expectativas mayores acerca de sus habilidades y posibilidades sociales (ser exitosos socialmente), y de acuerdo a como resuelvan esta etapa, se posibilitará su acceso a la intimidad o a la caída en el aislamiento.

Según Parker (2000, citado por Pérez, Díaz y Vinet, 2005), en cuanto a las expectativas de futuro, los adolescentes presentan altos niveles de angustia por la presión social en un contexto que los evaluará en función de logros expresados en títulos, trabajo y consumo, coincidentemente García, Barbero, Ávila y García (2003, citados por Pérez et al. 2005), la motivación al iniciar una actividad laboral remunerada se centra en aspectos de las relaciones interpersonales, en las oportunidades de obtener logros y en el desarrollo personal.

Por lo tanto, se considera fundamental identificar los factores de riesgo a los que están expuestos los adolescentes, los cuales pueden aumentar la posibilidad de presentar depresión durante esta etapa.

De acuerdo a Maddaleno, (1987, citado por Pardo et al. 2004), el concepto de factor de riesgo hace alusión a las características asociadas al aumento de la probabilidad de que aparezca una enfermedad, se comprometa la salud, la calidad de vida o la vida, sin implicar una relación causa-efecto ni la dirección de la misma (Maddaleno, 1987, citado por Pardo et al. 2004). De la misma manera, DiClemente, Hansen y Ponton, (1996, citado por Pardo et al. 2004), manifiestan que el estudio de la adolescencia debe incluir todos los factores que afectan al individuo, la cultura a la que pertenece, el ambiente físico y social que le rodea, los aspectos psicológicos, la calidad de las relaciones interpersonales y familiares, las condiciones biológicas y las circunstancias y el momento histórico en que se encuentre el joven. Estos elementos están entrelazados y conforman una red compleja y organizada de factores, que se va desarrollando a través del ciclo vital.

El análisis de las razones por las cuales se produce una perturbación como la depresión en los adolescentes apunta a que es preferible hablar de factores de riesgo que de causas específicas como ocurre en casi todo tipo de trastornos psicológicos. Entre los factores de riesgo más estudiados se encuentran los biológicos y los psicosociales. Hoy en día, el modelo interactivo sostiene que ninguno de ellos es determinante. De acuerdo a Del Barrio (2006, citado por Caballo, 2006), junto con la vulnerabilidad del adolescente, se deben dar aquellos elementos ambientales que desencadenan y sostienen el trastorno depresivo.

Factores biológicos

El análisis de las razones por las cuales se produce una perturbación como la depresión en los adolescentes apunta a que es preferible hablar de factores de riesgo que de causas específicas como ocurre en casi todo tipo de trastornos psicológicos. Entre los más estudiados se encuentran los biológicos y los psicosociales. Hoy en día, el modelo interactivo sostiene que ninguno de ellos es determinante. Junto con la vulnerabilidad del adolescente, se deben dar aquellos elementos ambientales que desencadenan y sostienen el trastorno depresivo. (Pérez - Pareja, Sesé, Romo, Palmar, Tomás, 2010).

Según Téllez (2000, citado por Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano (2003), algunas formas de depresión son genéticas, lo que indica que alguna vulnerabilidad biológica puede heredarse. Sin embargo, también puede presentarse en personas que no tienen antecedentes familiares de depresión. Según este autor, esta variable no es un factor determinante en la aparición de la misma, ya que se encontraron casos en los que no existía reporte de antecedentes familiares de algún episodio depresivo, pensando así que pueden encontrarse otros factores psicosociales relacionados que actúen como factores desencadenantes o de mantenimiento de la depresión. Con respecto a los antecedentes familiares de depresión el parentesco más relevante para los tres niveles es el padre o la madre. Según Schramm (1998, citado por Arrivillaga et al. 2003), el trastorno aparece en parientes de primer grado de pacientes depresivos con una frecuencia de 1,5 a 3 veces mayor que en la población general. Al respecto, Del Barrio, (2006, citado por Caballo, 2006), afirma que la depresión materna tiene un impacto mayor en especial en la primera etapa de la vida del niño y que su duración correlaciona positivamente con la aparición de la depresión en los hijos.

Por otro lado, según un estudio de Heim y Nemeroff (2001, citado por Del Barrio, 2006, y Caballo, 2006), hay pruebas de que los niños sometidos a repetidas experiencias negativas generan una mayor proclividad a desarrollar depresión y ansiedad, y que ello parece tener una base biológica, puesto que el estrés produce una hiperreactividad de corticotropina que, a su vez, incrementa los cambios neurobiológicos que convierten a los sujetos en más vulnerables (Heim y Nemeroff, 2001, citado por Del Barrio, 2006 y Caballo, 2006). Es conocido también que estos

cambios generan un bajo funcionamiento del sistema inmune y en consecuencia, una mayor probabilidad de aparición de problemas somáticos que acompañan a los estados depresivos.

Factores psicosociales

Uno de los principales factores de riesgo para la presencia de depresión es el hecho de ser mujer. De acuerdo a Matud, Guerrero y Matías (2006), la depresión es el trastorno prioritario para la cuarta parte de esta población, quien tiene el doble de posibilidades de desarrollar depresión que el hombre.

De la misma manera, Cantoral, Méndez y Nazar (2005, citado por Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin, y Jiménez, 2009), pretendieron indagar las diferencias explicativas de la depresión entre mujeres y varones. Para ello evaluaron a 241 adolescentes (133 varones y 108 mujeres) cuyas edades se encontraban entre 12 y 15 años, y quienes asistían a una secundaria chiapaneca en la que acudían adolescentes tanto de poblaciones rurales como urbanas. A través de la Encuesta de Depresión para Estudiantes de Secundaria, los autores hallaron que la prevalencia de la sintomatología depresiva se presentó con mayor frecuencia entre las mujeres en comparación con los hombres. Siete de cada diez de ellas se encontraban deprimidas respecto a cinco de cada diez varones.

Según Garcés, Henao, Henao y Naranjo (2008), las explicaciones para estas diferencias de género son múltiples y se pueden categorizar en varios aspectos biopsicosociales. Se pensó, desde una perspectiva social, que esto estaba ligado funcionalmente a los papeles del sexo o género. Sin embargo, esta diferencia no aparece sino a partir de los 11 años. Antes, las incidencias son muy semejantes entre sexos; de hecho, son los niños los que presentan más casos, aunque las diferencias raramente son significativas (Del Barrio, 1997, citado por Del Barrio, 2006 y Caballo, 2006). A partir de esa edad comienzan a ser más frecuentes en las niñas e incluso va incrementando a medida que aumenta la edad (adolescencia), lo que apunta a una dimensión fuertemente social de género. De la misma manera, el sexo femenino es uno de los más potentes predictores de desarrollar una depresión en el futuro. Según Garcés et al. (2008), el 10.8% de las niñas tienen un riesgo mayor de desarrollar trastornos del estado de ánimo en las

siguientes etapas del desarrollo.

Por otro lado, Arrivillaga et al. (2003), plantean que las mujeres pueden estar más propensas por causas situacionales biológicas como por ejemplo el síndrome premenstrual, cambios hormonales, estrés, problemas de funcionamiento de la tiroides, entre otros.

De acuerdo a Roberts et al. (1990, citado por Gómez-Máquet, 2007), las diferencias de género en adolescentes se encuentran sustentadas en estudios realizados utilizando la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (Roberts et al., 1990, citado por Gómez-Máquet, 2007). Estos autores reportaron para cuatro muestras de adolescentes diferencias de género, mostrando como éstas presentan más sintomatología depresiva. Igualmente, Benjet, Hernández-Guzmán, Tercero-Quintanilla, Hernández-Roque, y Ma.Chartt-León (1999, citados por Gómez-Máquet, 2007), con una muestra de peri-púberes (9 a 14 años) se determinó puntajes mayores en niñas posmenarcas que para niñas premenarcas (Benjet, Hernández-Guzmán, Tercero-Quintanilla, Hernández-Roque, y Ma.Chartt-León, 1999, citados por Gómez, 2007). Sin embargo, utilizando la misma escala otro estudio realizado en dos ciudades de México, no establece diferencias significativas de género (Masten, Caldwell-Colbert, Williams et al., 2003, citado por Gómez-Máquet, 2007).

En un estudio realizado por Aguilar (1996), en su artículo denominado Autoestima y Depresión en Adolescentes Guatemaltecos, se evaluaron la depresión y la autoestima como replicación y extensión del estudio de Berganza y Aguilar (1992) sobre Depresión en Adolescentes Guatemaltecos. En el estudio realizado por Aguilar et al. (1996), se encontraron niveles significativos de depresión en los adolescentes (28.78%) y las diferencias de género persistieron, presentando las mujeres mayores porcentajes de depresión que los varones (36.61% vs. 21.56%). Se midió la autoestima total, lo mismo que la autoestima global, familiar, académica, física y social. Se encontró una correlación negativa significativa entre la depresión y la autoestima ($r = - .612$, $P < .05$). Usando un análisis de regresión, se encontró que la autoestima y sus componentes contribuían significativamente a los niveles de depresión: Total (37.4%), global (28.7%), académica (14.9%), física (20.5%), familiar (22.8%), y social (19.2%).

Para medir la depresión se utilizó el CES-DC-M (Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children-Modificado).

Así mismo, en una investigación realizada por Coelho, Martins y Barros. (2002), se aplicó el Inventario de Depresión II de Beck a 775 adolescentes portugueses (312 varones, 463 mujeres; edad media: 16,9 años) y se encontró que las mujeres presentan más síntomas depresivos que los varones ($P < 0,001$).

Otro factor de riesgo importante para la aparición de la depresión en los adolescentes son los conflictos familiares. La familia es el primer vínculo social del niño y, por tanto, todo lo que en ella sucede repercute en su desarrollo social y sentimental. Entre los elementos familiares que resultan ser más nocivos se encuentran las malas relaciones de pareja, el desajuste de los lazos afectivos con el hijo, la ruptura familiar, la falta de supervisión o abandono y el maltrato. Repetidamente aparece en la investigación una fuerte covarianza entre malas relaciones paternas y depresión (Poznanski y Zrull, 1970; McKinnon Lewis y Lofquist, 1996; Del Barrio y Mestre, 1989; Del Barrio et al. 1994; Del Barrio, 2006 y Caballo, 2006). Los conflictos familiares también correlacionan positivamente con depresión en niños de 8 a 12 años (Dulanto 2000, citado por Pardo et al., 2004; Viñas et al., 2002, citado por Del Barrio, 2006 y Caballo 2006).

En el estudio llevado a cabo por Rice, Harold, Shelton y Thapar (2006, citado por Álvarez et al. 2009), se evaluó la relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes de 16 años de edad. A través de la Subescala de Ambiente Familiar y el Cuestionario de Humor Depresivo, aplicados en dos periodos con un intervalo de tres años, encontraron una relación estadísticamente significativa entre los síntomas depresivos y los conflictos familiares, particularmente en los adolescentes que tenían padres o algún familiar cercano que fuese depresivo.

Así mismo, en el estudio realizado por Vázquez, Ordóñez, Strausz, Arredondo y Lara (2004, citado por Álvarez et al., 2009), se pretendió evaluar la diferencia en la depresión que presentan los adolescentes dependiendo del contexto en el que viven (con la familia o fuera del núcleo familiar). Los autores aplicaron el Inventario de Depresión de Beck a 68 estudiantes entre 13 y

17 años de edad, de los cuales 34 vivían con su familia y 34 fuera de ésta. De acuerdo a los datos informados, los adolescentes que no habitan con su familia presentan mayor depresión que aquellos que cuentan con redes de apoyo familiar.

Se ha reportado que la construcción del comportamiento de los jóvenes en edad escolar está relacionada con las características del estilo de paternidad y la familia. Así, se ha encontrado que aunque el vínculo con los padres sea pobre, estas figuras contribuyen de manera significativa e independiente, a construir el comportamiento de las y los adolescentes (Flour y Buchanan, 2003, citado por Pardo et al., 2004).

El vínculo padre-hijo también ha sido asociado a las respuestas cognitivas de los jóvenes ante eventos vitales negativos y a la presencia de síntomas depresivos en la adolescencia. En este sentido, la relación del joven con sus padres se considera una variable de gran peso en el desarrollo de síntomas depresivos en niños y jóvenes, ya que quienes tienen un vínculo pobre con sus padres son más vulnerables a presentar este tipo de síntomas cuando se enfrentan a eventos vitales adversos, en comparación con aquellos que tienen estilos de relación más cercanos y de mayor soporte emocional (Kraaij, Garnefski, Jan de Wilde & Dijkstra, 2003, citado por Pardo et al., 2004). Según estos mismos autores, los tipos de cogniciones más frecuentes son la auto-culpa, la rotulación, la catastrofización, la reinterpretación negativa y la evaluación negativa. Además, se encuentra asociación entre la cantidad de estrés experimentado y los síntomas depresivos experimentados. Los factores socioeconómicos y los cambios en la estructura familiar se han asociado con la presencia de depresión en jóvenes. Gilman, Kawachi, Fitzmaurice y Buka (2003, citado por Pardo et al., 2004), plantean que la separación conyugal y el bajo estatus socioeconómico tienen consecuencias en el bienestar percibido por los miembros de la familia.

Para el caso colombiano, la estructura familiar basada en la jefatura femenina (madre cabeza de hogar) aparece como una tendencia de importancia en la actual conformación de la familia colombiana (Ministerio de Salud, 1998; Hernández, 1996), al estudiar las características de familias clínicas y las no clínicas en muestras poblacionales colombianas ha identificado algunas variables relacionadas con el riesgo de depresión en adolescentes, dentro de las cuales se

encuentran (a) la escasa o excesiva cercanía afectiva, (b) la disciplina inconsistente -aplicación indiscriminada de castigos y recompensas-, (c) la confusión o caos en la asignación de responsabilidades domésticas, (d) el escaso o excesivo control conductual por parte de los padres, y (e) los desacuerdos marcados entre los padres acerca de la crianza. También observó que las familias clasificadas como no-clínicas presentan un mayor grado de cohesión, de satisfacción con el tipo de vínculo entre los miembros y de adaptabilidad, mayor utilización de la estrategia de reestructuración para afrontar los problemas y mayor orgullo de pertenecer a la familia. De la misma forma, se encuentra que este tipo de familias despliega mejores estrategias de afrontamiento ante la acumulación de eventos estresantes.

Otra característica de las familias no clínicas es la idea de aceptar el conflicto entre los miembros de la familia como algo necesario para el desarrollo de los individuos pertenecientes a la misma. Videon (2002, citado por Pardo et al., 2004), ha concluido que la separación de los padres afecta a los niños y jóvenes de manera diversa en cada caso, ya que la relación de los jóvenes con sus padres antes de la disolución del matrimonio es un factor que modera los efectos de la separación en estos y determina las posibilidades de que cometan actos delincuenciales en el futuro. Por su parte, la relación con el padre de sexo opuesto es una influencia significativa en la depresión adolescente. En el mismo estudio, se encuentra que la mayoría de los niños y adolescentes con padres separados tiene, de forma moderada, desempeños más pobres en diferentes áreas: emocional, dificultades académicas, problemas de salud, embarazos no deseados y trabajo a edades tempranas, que aquellos niños y adolescentes que viven en familias que permanecen constituidas por dos padres. Sin embargo, también se ha observado que los niños y adolescentes desarrollan una gran variedad de respuestas ante la separación de sus padres y así solamente un rango muy pequeño de personas sufre consecuencias negativas duraderas después del divorcio (Demo, 1992; Emery, 1988; Seltzer, 1994; Simona, 1996, citados por Videon, 2000; Pardo et al., 2004).

Videon, (2000; McCloskey y Lichter 2003, citados por Pardo et al. 2004), estudiando muestras de adolescentes, encuentran que los jóvenes que observaron violencia entre los padres durante su niñez, tienden a desarrollar síntomas depresivos en la adolescencia. La evidencia indica que los jóvenes provenientes de parejas conflictivas tienen mayor probabilidad de

presentar depresión durante la adolescencia, así como de agredir físicamente a pares del mismo sexo, compañeros y padres. Kaplan, Pelcovitz, Salzinger y cols. (1998, citados por Pardo et al., 2004), examinaron la relación entre el abuso físico y el riesgo para el desarrollo de trastornos psicopatológicos en jóvenes entre los 12 y los 18 años de edad a través de un estudio de comparación de grupos. Este estudio transversal se realizó con una muestra de jóvenes que vivían en Nueva York y que sólo habían sido abusados físicamente. En particular, este estudio concluyó que el abuso físico es un factor de riesgo para la presentación de cualquiera de los diagnósticos de depresión mayor, distimia, trastorno de conducta antisocial, abuso de drogas y tabaquismo. Estos autores encontraron en su estudio que los factores de riesgo que estuvieron asociados específicamente con la presencia de trastorno depresivo mayor en los adolescentes fueron el abuso físico, la percepción de sobreprotección de los padres y el contar con sólo un padre biológico en el hogar.

Según Kaplan et al. (1998, citados por Pardo et al., 2004), la depresión ha sido asociada al maltrato físico en estudios previos, conclusión que confirma los resultados de su estudio, en el que se encontró que los jóvenes abusados físicamente tienen una probabilidad siete veces mayor de desarrollar un trastorno depresivo mayor, que aquellos jóvenes que no son maltratados. Los descubrimientos del estudio de McHolm, MacMillan y Jamieson (2003, citado por Pardo et al., 2004), son consistentes con los reportes de otros investigadores que han demostrado que existe una relación entre la exposición a uno o más tipos de maltrato en la infancia (físico, sexual o negligencia) y depresión. McHolm et al. (2003, citados por Pardo et al., 2004), realizaron un estudio con 347 mujeres que tenían diagnóstico de trastorno depresivo mayor y que se encontraban en el rango de edad de los 15 a los 64 años de edad. Los resultados de este estudio indican que la prevalencia del trastorno depresivo mayor en mujeres que sufrieron abuso físico en la niñez fue de 40.3 %, es decir casi el doble del reportado por la muestra total, cuyo índice fue de 21%. Además, las mujeres deprimidas que han experimentado abuso físico en la niñez mostraron una probabilidad casi tres veces mayor de tener ideación suicida a lo largo de su vida.

Así mismo Keegan (2002), manifiesta que la pobreza es otro factor de riesgo psicosocial que puede favorecer características familiares que influyen en los síntomas depresivos de los jóvenes. Las variables que se han señalado (aún cuando este campo se encuentra en proceso de

exploración), han sido la edad en que se da el embarazo de la mujer (especialmente embarazo adolescente), el nivel educativo, el status marital, un menor apoyo emocional y pocas habilidades parentales para la crianza. En un estudio realizado por Keegan (2002, citado por Pardo et al., 2004), cuyo propósito era el de examinar la influencia de la pobreza sobre los síntomas depresivos en una muestra de 898 jóvenes entre los 10 y los 12 años, se encontró que vivir en vecindarios caracterizados por problemas sociales como crimen, violencia o condiciones físicas deterioradas, falta de recursos comunitarios y no estar involucrado en actividades con personas externas al hogar predicen síntomas depresivos.

Los hallazgos de este estudio también sugieren que vivir en un ambiente comunitario adverso afecta indirectamente los síntomas depresivos del joven al incrementarse los síntomas depresivos de las madres. Enfrentarse a situaciones adversas como la deprivación socioeconómica y del medio físico y social puede favorecer en estas madres el desarrollo de síntomas depresivos (Keegan, 2002, citado por Pardo et al., 2004). Los resultados indican que los problemas del vecindario, la no participación en actividades sociales tanto en el colegio como en la comunidad, vivir con madres que tenían síntomas depresivos y recibir castigos físicos fueron mediadores parciales de los efectos de la pobreza en los síntomas depresivos. El estado de salud de los jóvenes, menores niveles de satisfacción con el colegio, conflicto parental y el soporte emocional del padre también predicen los síntomas depresivos. En este estudio los jóvenes que no participaban en actividades extraescolares ni en las actividades de la comunidad tenían una mayor probabilidad de convertirse en personas aisladas socialmente o desarrollar baja autoestima, lo cual puede resultar en síntomas depresivos (Keegan, 2002 citado por Pardo et al. 2004). Las desventajas económicas influyen en la posibilidad de acceder a oportunidades educativas y laborales. Cuando se tienen bajos recursos económicos, los niños y adolescentes perciben que su ambiente escolar no es positivo y que se caracteriza por la carencia de recursos básicos para su desarrollo. La pobreza puede disminuir la capacidad de los padres para proveer de recursos materiales y de actividades de estimulación cognitiva a sus hijos y puede limitar el ajuste adecuado ante las actividades y demandas, tanto de la escuela como del vecindario, reduciendo oportunidades de interacción social y de adquisición de habilidades (National Research Council, 1993; Hao, 1995, citados por Keegan, 2002; Pardo et al., 2004).

De la misma manera, una investigación realizada por Figueroa, Contini, Lacunza, Levin, y Estévez (2005), explican que los jóvenes que viven en contextos socio económicos bajos, por sus condiciones de vida, deben postergar la satisfacción de sus necesidades por falta de oportunidades, lo cual los hace más vulnerables a situaciones de riesgo, dado el alto nivel de frustración que deben soportar. En su investigación con 150 adolescentes de 13 a 18 años, encontraron que el 45% presenta un bajo nivel de bienestar psicológico, que a su vez estaba asociado con estrategias de afrontamiento que suelen asociarse con síntomas psicósomáticos asociados a la depresión.

Teniendo en cuenta que la mayoría de los jóvenes bogotanos se encuentran en una situación de inequidad y marginación especialmente concentrada en los sectores populares, y que los jóvenes se encuentran obligados a convertirse en una población económicamente activa debido a las condiciones de pobreza y la creciente demanda de contribuir al sostenimiento de sus hogares, cuyos ingresos generalmente se encuentran por debajo del salario mínimo (DABS, 2003, citado por Pardo et al., 2004), es probable que esta población se encuentre en un estado de vulnerabilidad que podría relacionarse con la presencia de depresión en esa etapa o en el futuro.

Finalmente, en el artículo “estudio de las diferencias en la depresión de adolescentes que viven en la calle y los que viven con una familia” de Jordana et al. (2004), se realizó una investigación sobre las diferencias en la depresión que presentan los adolescentes dependiendo del contexto en el que viven. Para el proceso de investigación se utilizó el Inventario de Depresión de Beck para adultos, aplicándolo a una población de 68 adolescentes, tanto de sexo femenino como masculino, entre 13 y 17 años, de los cuales 34 viven en la calle y 34 viven con una familia. Los resultados mostraron que los niños que viven en la calle presentan mayor depresión comparados con los que viven en una familia.

Acontecimientos negativos

La naturaleza de los acontecimientos vitales presentes en la historia de vida de los jóvenes, preceden al desarrollo de la depresión y se relacionan con procesos de adaptación del joven a

situaciones como la pérdida de un año escolar, la elección de carrera, las dificultades inherentes al ingreso a la universidad, la escogencia de pareja, el distanciamiento de los vínculos parentales, los cambios de residencia, la presencia de enfermedad grave propia o de algún familiar, muerte de un familiar cercano o amigo, el abuso sexual y el maltrato físico o psicológico (Bernal y Escobar, 2000; Gómez y Rodríguez, 1997, citado por Pardo et al., 2004).

Siendo la adolescencia una etapa del desarrollo caracterizada por una gran variedad de continuos cambios y la escasa experiencia vital de los adolescentes, muchos de estos eventos pueden adquirir un carácter estresante y tener diversos efectos psicológicos. Sin embargo, la acumulación de eventos estresantes y la dificultad para afrontarlos adecuadamente no solo se manifestaría en problemas emocionales o conductuales según Crean, 2004, Kim, Conger, Elder y Lorenz, 2003; Suldo & Hebner, 2004; Windle & Mason, 2004, citados por Barra, Cerna, Kramm, Véliz (2006), sino que también puede afectar la salud física del adolescente, dentro del rango de problemas menores de salud más comunes en esta etapa del desarrollo.

Tal como se mencionó anteriormente, debido a los efectos que tiene el estrés en el funcionamiento fisiológico e inmunológico, (Galan y Sánchez, 2004, citado por Barra et al., 2006), la acumulación de eventos estresantes puede afectar el bienestar y la salud del adolescente, ya sea directamente o a través de su influencia en las conductas de salud, en el estado emocional y en la percepción de apoyo social. Esto no sólo se aplicaría a los eventos estresantes más significativos o intensos, sino que también a aquellos estresores menores o problemas cotidianos que pueden llegar a tener un efecto acumulativo y aumentar la vulnerabilidad a presentar problemas de salud física y/o mental (Aysan, Thompson y Hamarat, 2001; O'Neill, Cohen, Tolpin y Gunthert, 2004, citados por Barra et al., 2006).

De la misma manera, el bienestar psicológico y la salud no estarían influidos solamente por la ocurrencia de eventos estresantes, sino que también por características personales que determinan la valoración de tales eventos y la forma en que los adolescentes afrontan el estrés experimentado (González, Montoya, Casullo y Bernabéu, 2002; Marcotte, Fortin, Potvin y Papillón, 2002, citados por Barra et al., 2006).

Escaso apoyo social

El apoyo social de un niño comienza en la familia. Sin embargo, a partir de los 6 años, el ámbito social de un niño se amplía y es esencial para su felicidad el apoyo de sus compañeros y la aceptación del entorno. Se discute si es la falta de apoyo social lo que deprime a un niño o si es la depresión lo que genera un rechazo, y por consiguiente, un aislamiento del niño deprimido. Con mucha frecuencia se dan las dos posibilidades, y tanto el rechazo como la depresión pueden ser el comienzo de un círculo vicioso interactivo (Del Barrio, 2006, citado por Caballo, 2006).

Cuando el niño crece, el apoyo social se extiende al grupo de amigos. Se viene hallando repetidamente una asociación entre rechazo de los compañeros y sintomatología depresiva, y este proceso se inicia muy pronto. Algunos estudios lo han encontrado en niños ya en niños de cinco años (Reinherz et al. 2000, citado por Del Barrio, 2006 y Caballo 2006). En niños españoles, entre siete y nueve años, también se ha encontrado esta correlación significativa entre rechazo social y depresión (Ortíz et al. 2002, citado por Barrio, 2006 y Caballo, 2006).

Concretamente, se ha encontrado que la pérdida y disminución de soporte, sumado al mantenimiento de interacciones sociales negativas, genera mayores dificultades en el bienestar psicológico de los adolescentes. Por el contrario, las interacciones sociales positivas, el crecimiento o mantenimiento del soporte social, favorecen el bienestar del joven (Cornwell, 2003, citado por Pardo et al., 2004).

Se considera que el sentimiento de ser apreciado por otras personas y de pertenecer a una red social puede tener efecto en el bienestar y la salud, ya sea directamente o a través de otros procesos psicológicos. Barra (2004), manifiesta que el apoyo social puede ser especialmente importante en momentos de estrés, influyendo de modo benéfico tanto en la valoración como en el afrontamiento de las situaciones estresantes (Barra, 2004, citado por Barra et al. 2006). A pesar que la gran mayoría de las evidencias sobre la influencia del apoyo social provienen de estudios con adultos, también se ha encontrado en adolescentes una relación entre apoyo social percibido y ajuste. (Malecky y Demaray, 2003; Musitu y Cava, 2002, citados por Barra et al., 2006).

Una vez descritos los principales factores de riesgo que podrían desencadenar en una depresión, se presentarán las características particulares que posee esta enfermedad en la adolescencia.

Según Cova, Melipillán, Valdivia, Bravo y Valenzuela (2007), la conceptualización de los trastornos depresivos en la adolescencia, ha sido un tema controversial. Dos aspectos centrales de los debates han sido: a) cómo diferenciar en los adolescentes estados depresivos con significación clínica efectiva, de estados de ánimo negativos transitorios y relacionados con los estresores psicosociales propios de este momento del ciclo vital; y b) hasta dónde son aplicables a esta etapa de la vida los criterios aceptados para diagnosticar trastornos depresivos, generados originalmente a partir de población adulta (Cova, Rincón, Valdivia, Melipillán, 2008; Shwob, 1995, citado por González et al., 2007; Alberdi, Taboada, Castro, Vázquez, 2006; García (2009).

A pesar de que ambos aspectos continúan debatiéndose, la mayoría de los investigadores y profesionales del ámbito de la salud mental han optado por identificar los trastornos depresivos en niños y adolescentes siguiendo los criterios establecidos por la Asociación Psiquiátrica Americana en particular, los expresados en la cuarta edición del DSMIV. Estos criterios son, excepto aspectos específicos, los mismos para niños, adolescentes y adultos. Sin embargo, es importante considerar las múltiples investigaciones que se han desarrollado sobre este tema, las cuales plantean diferencias importantes con relación a la manifestación de la depresión en la adolescencia y aportan elementos que facilitan un diagnóstico más preciso (Cova, Rincón, Valdivia, Melipillán, 2008).

Méndez, Olivares y Ros, (2001, citados por Pardo et al., 2004); De la Peña, Ulloa, Páez, 1999), consideran que las diferencias que se encuentran se deben a la intensidad de los síntomas y las consecuencias del trastorno. Algunos síntomas, como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnía y las ideas delirantes son más frecuentes durante la adolescencia. En los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, por déficit de atención, de ansiedad, relacionados con sustancias, y de la conducta alimentaria.

Según Sattler y Hoge, (2008) y Bautista, Angarita, Contreras, Otero (2008), en los adolescentes mayores, es muy frecuente que se presenten somatizaciones en los casos en que existe un síndrome depresivo, como es el caso de los episodios de bulimia y anorexia, síntomas de gastritis, tendencia a la hipertensión arterial o propensión al cansancio muscular, la fatiga mental, incapacidad de concentrarse y realizar ejercicios de memoria. En algunos de estos casos, y desde 1960, se habla del concepto de “depresión enmascarada”.

Género

Con respecto a la sintomatología depresiva, algunas investigaciones señalan que existen diferencias de género en los adolescentes.

Según el estudio de Cova Melipillán, Valdivia, Bravo, Valenzuela, (2007), sobre sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media, encontraron que las mayores puntuaciones se obtuvieron en aquellos ítems que aludían a: "Cambios en el patrón de sueño", "Dificultad de Concentración", "Autocríticas" y "Cambios en el apetito". Las menores puntuaciones se encontraron en los ítems que hacían referencia a: "Pérdida de interés por el sexo", "Pensamientos o deseos de suicidio" y "Sentimientos de fracaso". Así mismo, Cova (2005), realizó una investigación acerca de las diferencias de género en la presencia de síntomas y trastornos depresivos, siendo estos más frecuentes en mujeres que en hombres, aunque estas diferencias no son estables a lo largo del ciclo vital ya que, a partir de la pubertad, las diferencias en sintomatología emocional entre hombres y mujeres se hacen particularmente notorias y en ello tiene un rol particularmente significativo el incremento de la tasa de trastornos depresivos en los adolescentes (Hankin y Abramson, 2001, citado por Cova, 2005). Entre los 13 y 14 años la existencia de mayores tasas de depresión en niñas es claramente observable (Wade, Cairney y Pevalin, 2000, citado por Cova, 2005). Un estudio particularmente relevante al respecto es el de Dunedin que, confirmando que las diferencias ya son visibles a la edad indicada, muestra que estas se acentúan notoriamente entre los 15 y 18 años, para luego estabilizarse (Hankin, Abramson, Moffitt, Silva, Mc Gee y Angell, 1998, citado por Cova, 2005).

Por otro lado, Barra et al. (2006), afirma que diversos estudios han informado que, en

comparación con los hombres, las mujeres adolescentes reportan más quejas somáticas según estudios de Baldwin, Harris y Chambliss, 1997; Gécková et al. 2003; Haugland y Wold, (2001, citados por Barra et al., 2006), mayor cantidad de eventos estresantes, mayor malestar asociado a dichos eventos y mayor estrés percibido (Galaif, Sussman, Chou y wills, 2003; Griffith, Dubow e Ippolito, (2000, citados por Barra et al., 2006), así como mayor número de síntomas depresivos (Del Barrio, Mestre, Tur y Samper, 2004, Ge, Conger y Elder, 2001; Marcotte, Fortin, Potvin y Papillon, 2002; Seiffge- Krenke y Stemmler, 2002, citados por Barra et al., 2006; Gómez-Restrepo et al., 2004).

Así mismo, Arias, (2004), realizó un estudio de género que pretendía detectar síntomas de depresión y la intensidad de los mismos en un grupo de estudiantes universitarios de la Facultad de Farmacia, los resultados muestran que las frases señaladas con mayor frecuencia varían de acuerdo al género. Así, en el sexo masculino predominó la frase He pensado en matarme (90%). En el sexo femenino fueron seleccionadas las frases Me siento culpable (62%) y Estoy triste (38%). Según este autor, estas diferencias pueden explicarse por los valores socioculturales, según los cuales la tristeza es signo de debilidad, es algo femenino, en cambio, la agresividad es un valor masculino. De allí, que este último se manifieste en deseos de daño a la propia persona, inclusive, producirse la muerte.

Es importante mencionar que estas diferencias de género están relacionadas con el tipo de estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes. Una investigación realizada por Fantin, Florentino y Correché (2005) plantea que las mujeres, en general, buscan más frecuentemente apoyo social para resolver sus problemas compartiéndolos con otros, intentan estudiar y analizar sistemáticamente los diversos puntos de vista o soluciones, se preocupan por su bienestar futuro y tienden a creer en la ayuda de Dios. Por otro lado, se observa que los hombres en comparación con las mujeres, tienden a ignorar el problema y utilizar la distracción física, lo que indicaría que tienden a utilizar con mayor frecuencia estrategias dirigidas a rechazar o negar conscientemente la existencia de los problemas.

Por su parte, Álvarez et al. (2009), llevaron a cabo un estudio con 342 estudiantes, hombres y mujeres, de secundaria que habitan en comunidades rurales y urbanas del Estado de Tlaxcala en

México, con el objetivo de determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión que presentan los adolescentes según su sexo. Los resultados muestran que, con relación a la muestra femenina, el 15,3% obtuvo puntuaciones que indican depresión leve; en depresión moderada se situó el 16,3% de las estudiantes, y finalmente en la categoría de depresión severa se encontró el 17% de las participantes. Respecto a los hombres, el 10,8% se ubicó en el nivel leve, en el moderado está el 16,7% y en el severo el 16,7%. Esto muestra que no existen diferencias significativas entre los niveles de depresión que obtuvieron las mujeres y los hombres de la muestra con depresión.

También Rodríguez et al. (2005), en una investigación sobre consumo de alcohol y síntomas depresivos en 560 adolescentes de Bucaramanga entre 15 y 18 años, encontraron una prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica de 39,5%. Los síntomas depresivos fueron leves en los 28,0%, moderados en el 8,8% y severos en el 2,7% de la muestra. No se encontraron diferencias de género significativas ni en la prevalencia de la depresión ni en el consumo de alcohol.

De igual manera, los autores Amézquita, González y Zuluaga (2008), realizaron un estudio con el fin de determinar la prevalencia, grado de depresión e ideación suicida en estudiantes de los grados 8, 9, 10 y 11 de ocho colegios oficiales de Manizales durante los años 2000, 2001, primer semestre del 2002, y 2003, en donde se aplicó el Cuestionario de Depresión de Beck (BDI). La muestra fue de 1298 estudiantes de ambos sexos, entre las edades de 9 y 20. Se encontró una prevalencia de 38% de depresión clínica global; el más alto porcentaje de depresión correspondió a la categoría de leve (21,3%). Las asociaciones para depresión que resultaron estadísticamente significativas fueron, género femenino y grupo de edad 12 - 14 años (altamente significativo) y 15 y 17 años (significativo). Así mismo, se encontró que el 46% de la muestra presentó ideación suicida, siendo el sexo femenino quien presentó el porcentaje más alto (31%). (Amézquita et al., 2008). Esta mayor prevalencia de ideación suicida en las mujeres se observó también en el estudio realizado por Ventura-Junca et al. (2010), en el que las mujeres presentaron una prevalencia de ideación suicida de 71%, mientras que los hombres de 49%.

Finalmente, en el artículo denominado “Caracterización psicológica y sintomatología

depresiva de los adolescentes de 12 a 18 años de los autores Bautista, Angarita, Contreras y Otero (2008), se presenta una prevalencia de sintomatología depresiva, medida por el Inventario de Depresión De Beck para adolescentes del 38.4% en una muestra de 193 adolescentes de los 12 a 18 años de edad, donde el nivel de sintomatología, ligeramente deprimido fue el más frecuente entre los alumnos, y el nivel de, gravemente deprimido, fue el de menor proporción. Los niveles más afectados según el instrumento fueron el afectivo, seguido del cognitivo, el motor y por último el somático.

Desde este marco contextual, el presente estudio resulta indispensable para esta población si se tiene en cuenta el efecto que tiene la depresión sobre el desarrollo biológico, psicológico y social de los adolescentes. De acuerdo a un estudio realizado por Aalto-Setala, Marttunen, Tuulio - Henrikson, Poikolainen y Lonnqvist, (2002, citados por Pardo et al. 2004), se ha identificado que los casos de adolescentes con síntomas depresivos que no reciben un tratamiento oportuno tienen una mayor probabilidad de presentar en la adultez temprana un mayor índice de depresión, funcionamiento psicológico y social adverso, y abuso de sustancias.

Así mismo, Fleming, Boil y Offord (1993, citado por Barlow y Durand, 2001), en un estudio transversal, hicieron un seguimiento durante 4 años a un grupo de 652 adolescentes que presentaban un trastorno depresivo mayor. La mayoría de estos adolescentes presentaron una psicopatología seria y un funcionamiento significativamente problemático. Garber, Weiss y Shanley (1993, citado por Barlow y Durand, 2001), encontraron resultados similares.

Justificación

De acuerdo con lo anterior, este estudio podría representar un elemento fundamental tanto a nivel de prevención como de intervención, ya que permite identificar aquellos casos, que aunque no presentan altos grados de depresión, evidencian síntomas que deben considerarse como una señal de alerta para los profesionales que tienen algún tipo de contacto con estos adolescentes. Así mismo, se considera de gran utilidad el diagnóstico de quienes presentan síntomas de depresión moderada o severa, ya que permite tomar las acciones que este tipo de problemática requiere.

Además del grado de depresión, se considera fundamental determinar los síntomas que están presentando con más frecuencia estos adolescentes, ya que proporciona una información valiosa al permitir la identificación de factores que podrían estar siendo tanto desencadenantes como mantenedores de la depresión en estos adolescentes. Así mismo, es indispensable conocer si existen diferencias de género con respecto al tipo de síntomas que presentan los adolescentes con depresión, ya que este es otro elemento de gran importancia para el diseño de programas de eficaces que funcionen como un factor protector frente a los múltiples factores de riesgo a los que están expuestos los adolescentes de localidades como Bosa, al favorecer la toma de decisiones más acertadas, lo cual mejore su calidad de vida (Pérez y Urquijo, 2001).

Considerando que en Colombia se encontraron pocos estudios sobre sintomatología depresiva en adolescentes, particularmente con población escolar, la presente investigación pretende hacer un aporte teórico que permita tener una mayor comprensión sobre las manifestaciones de la depresión en esta etapa del ciclo vital, ya que se constituye como una de las enfermedades más frecuentes en los últimos tiempos, cuya incidencia en niños y adolescentes se hace cada vez más sobresaliente. Es una problemática que exige un tratamiento pronto y efectivo, ya que los efectos son bastante desalentadores (Garces, Henao, Henao, Naranjo, 2008).

De acuerdo a lo expuesto anteriormente la pregunta que guiará la presente investigación es:

¿Existe una relación entre sexo y los síntomas específicos de la depresión en un grupo de adolescentes pertenecientes a la localidad de Bosa?

Objetivos

Objetivo general:

El objetivo de la presente investigación es determinar la relación existente entre sexo y síntomas específicos de la depresión en un grupo de adolescentes pertenecientes a la localidad de Bosa.

Objetivos específicos:

1. Identificar la sintomatología depresiva en hombres
2. Identificar la sintomatología depresiva en mujeres.

Hipótesis

Hipótesis 1: Existe depresión en la población evaluada.

Hipótesis 2: Existen relaciones significativas con respecto al porcentaje de depresión que presentan hombres y mujeres.

Hipótesis 3: Existen relaciones significativas de género con relación al grado de intensidad de la depresión.

Hipótesis 4: Existen relaciones significativas con respecto al tipo de sintomatología depresiva presentada por hombres y mujeres.

Método

Diseño

La presente investigación es de carácter correlacional, de tipo descriptivo y transeccional.

Participantes

La muestra estuvo conformada por 111 adolescentes, 57 mujeres y 54 hombres, entre 13 y 17 años, pertenecientes a los Comedores Comunitarios de San Eugenio y San Bernardino de la localidad de Bosa. Este es un programa de la Secretaría de Integración Social que representa un

espacio de encuentro y de inclusión social para las familias en condición de vulnerabilidad y pobreza en los que se brindan servicio de alimentación y nutrición.

Los criterios de inclusión de la muestra fueron el rango de edad de los adolescentes, el cual se estableció entre 13 a 17 años, y su vinculación al programa de Comedores Comunitarios. El criterio de exclusión fue la presencia de algún trastorno psiquiátrico diagnosticado con anterioridad. Para su selección, se utilizó un muestreo aleatorio simple.

Variables

Variable predictora:

1. Sexo

Variable de criterio:

1. Depresión

Instrumentos

Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck, BDI, versión revisada (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979) (Ver apéndice E). Cuestionario diseñado para evaluarla severidad de los síntomas cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos de la depresión; consta de 21 ítems, con 4 opciones de respuesta que van desde 0 (ausencia de depresión) hasta 3 (máxima depresión); las puntuaciones del test van de 0 a 63. La validación del instrumento fue realizado por el doctor Diego Castrillón, Especialista en Psicología Clínica y Cognitiva en Medellín Colombia, basado en el Beck Depression Inventory II. Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown G.K. (2006). Según su investigación, Los resultados argentinos y norteamericanos coinciden en sus resultados gruesos y difieren si la población es general o clínica. En cuanto al análisis factorial en Argentina y Estados Unidos se tuvo en cuenta el factor 1: áreas cognitivo y afectivas y el factor 2: área somática. El Alpha fue de 0.86 en población general y 0.88 en población clínica. En cuanto al análisis

factorial en Colombia, fueron 182 sujetos. El resultado en 6 factores fue de Alpha: 0,83 (95,00% (0,79 – 0,86); la varianza: 55,4% para 6 factores (y de 31,8 para dos factores). De la misma manera, se tuvo en cuenta las propiedades psicométricas de la más reciente versión del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II, Beck, Steer y Brown, 1996, citado por Melipillan, Cova, Rincón, Valdivia, 2007).

Procedimiento

Inicialmente se estableció contacto con la Directora, Doctora Janeth Casallas, quien autorizó la aplicación del instrumento en ambos Comedores después de conocer la presentación del estudio. Posteriormente, se realizó el contacto con los posibles participantes, de acuerdo con los criterios de selección previamente definidos. Todos los sujetos que respondieron positivamente a la solicitud de participación, fueron citados para una sesión de evaluación en la que se les explicó el procedimiento general a seguir para el desarrollo de la sesión. Luego de la aplicación del instrumento, se procedió a la calificación y tabulación de los datos, con el fin de obtener los resultados para así realizar el correspondiente análisis y discusión de éstos de acuerdo a la revisión teórica realizada.

Consideraciones éticas

La presente investigación tomó en consideración los temas que tienen que ver con cuestiones éticas referidas al proceso investigativo, de acuerdo Al Código ético de la APA (2002) en el que se plantea que los profesionales de la psicología, al desarrollar investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos, de respeto y dignidad, los mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

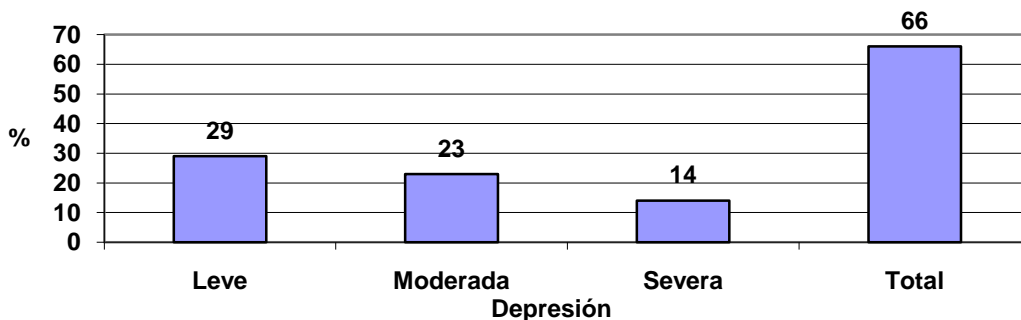
Así mismo, se tomó en cuenta el tema del consentimiento informado de los participantes, que según el Código de Nuremberg implica que la persona que acepta participar en un proyecto de investigación debe ser informada con la mayor claridad posible acerca del propósito y condiciones de la investigación en la que se le solicita que participe. Dicho consentimiento fue firmado tanto por la institución como por los padres y participantes. (Ver apéndices B, C Y D)

Luego de analizar los resultados obtenidos, teniendo en cuenta la importancia de beneficiar a los participantes, se entregó el listado de adolescentes y su respectiva puntuación en la prueba a la inclusora social, con el fin de hacer las remisiones respectivas al sistema de salud.

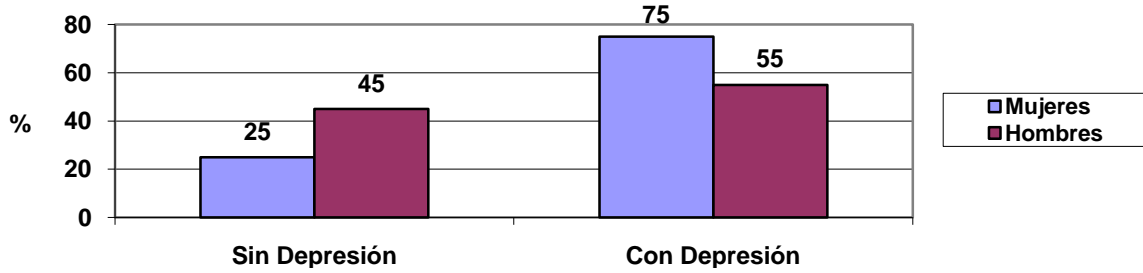
Así mismo, se desarrolló un taller de entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento con todos los adolescentes de los Comedores.

Resultados

De la muestra tomada para el presente estudio (111 adolescentes), el 66% presentó algún grado de depresión, lo que muestra una alta frecuencia de esta psicopatología en los jóvenes evaluados. El 29% de la muestra total presenta depresión leve, el 23% depresión moderada y el 14% depresión severa. El estadístico empleado para determinar si existe relación entre sexo y depresión fue la prueba Chi Cuadrado. Se observa una mayor presencia de depresión en mujeres, con un 75%, en comparación con los hombres, quienes presentan un 55%. Esta diferencia muestra un valor de significancia de 0.0221, lo cual indica que hay una relación de dependencia entre depresión y sexo, siendo las mujeres quienes más se deprimen.



Gráfica No 1. Intensidad de la depresión en la muestra de estudio (111 adolescentes)



Gráfica No 2. Porcentaje de adolescentes con depresión según el género

Como se observa en el Gráfico No 3, el 31 % de las mujeres y el 26% de los hombres presenta un grado de depresión leve. El 30% de las mujeres y el 17% de los hombres evidencia depresión moderada. Así mismo, el 16% de las mujeres y el 13 % de los hombres muestra síntomas de depresión severa.

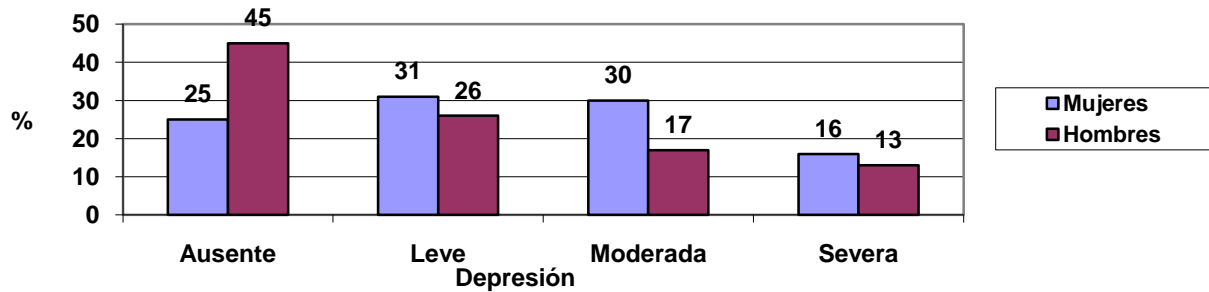


Gráfico No 3. Intensidad de la depresión por género con relación a la muestra total

Con respecto a la muestra con algún grado de depresión, el 43% presenta depresión leve, el 34% depresión moderada y el 22% depresión severa. El 42% de las mujeres y el 47% de los hombres reflejan un grado de depresión leve. El 37% de las mujeres y el 30% de los hombres manifiestan depresión moderada. Así mismo, el 21% de las mujeres y el 23 % de los hombres evidencian síntomas de depresión severa. (Ver gráfico No 4).

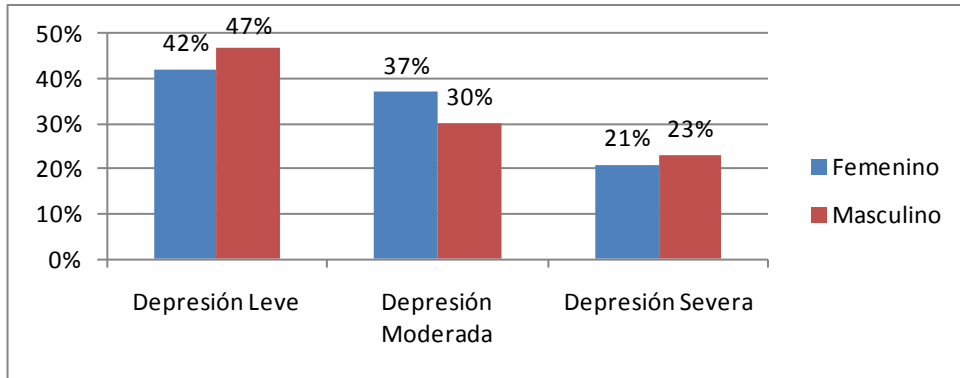


Gráfico No 4. Porcentaje adolescentes, con algún grado de depresión

Tabla No 1. Resultados de la prueba de Chi Cuadrado para cada síntoma

Síntoma	Valor	gl	P
Llanto	1.213	3	0.007
Pérdida de interés por la gente	0.197	3	0.978
Pérdida de energía	3.657	3	0.301
Sentimientos de castigo	3.669	3	0.299
Insatisfacción consigo mismo	4.466	3	0.215
Autocríticas	2.733	3	0.435
Pensamientos o deseos de suicidio	8.862	3	0.031
Indecisión	3.148	3	0.369
Autoimagen	0.756	3	0.860
Preocupación por el estado de salud	1.770	3	0.622
Tristeza	1.886	3	0.596
Pesimismo frente al futuro	0.959	3	0.811
Sentimientos de fracaso	1.237	3	0.006
Perdida del placer	1.146	3	0.766
Sentimiento de culpa	2.658	3	0.447
Irritabilidad	0.612	3	0.894
Cambios en el patrón de sueño	5.044	3	0.169
Fatiga	0.790	3	0.852
Cambios en el apetito	0.122	3	0.989
Pérdida de peso	5.496	2	0.064
Perdida del interés por el sexo	1.822	3	0.610

Los síntomas que presentan mayores porcentaje de puntuación (por encima del 70%) a nivel general son Pérdida de energía (86%), Pérdida del placer (86%), Sentimientos de castigo (78%) y

Sentimientos de culpa (75%). Es importante mencionar que aunque estos son los síntomas más frecuentes, todos resultan relevantes, teniendo en cuenta que la mayoría son reportados por más del la mitad de la muestra, a excepción de la tristeza (40%), los pensamientos o deseos de suicidio (42%) y la insatisfacción consigo mismo (48%), los cuales siguen siendo porcentajes de importancia clínica. Así mismo, la prueba Chi Cuadrado no muestra una relación entre sexo y síntomas específicos de la depresión, a excepción del llanto, los sentimientos de fracaso y los pensamientos o deseos de suicidio; siendo éste último el más preocupante considerando que el 60% de los hombres y el 30% de las mujeres reporta tener este síntoma (Ver tabla No 1). En general, considerando el grado de depresión y el sexo, la prueba Chi Cuadrado no muestra una relación entre estas variables, siendo el grado de significancia de 0.816.

Discusión

Los resultados de la investigación evidencian presencia de depresión en los participantes del estudio (66%), la cual supera ampliamente el porcentaje reportado en los diferentes estudios revisados a nivel local, nacional y mundial, con relación a la presentación de este trastorno en adolescentes, el cual oscila entre el 20% y el 40% (Arrivillaga, et al., 2003; Coffin, Jiménez, Béjar y Álvarez, 2006; Torres de Galvis y Montoya, 1997). Estos resultados podrían explicarse a la luz de los planteamientos de autores como Pardo et al., 2004; Figueroa et al., 2005; Ramos et al., 2003; Hoffman (1963 citado por Guevara, Cabrera, Barrera, 2007); quienes resaltan la estrecha relación que existe entre depresión y pobreza, situación a la que han estado expuestos todos los participantes del estudio. Adicional a su condición socioeconómica, es importante considerar que en este grupo de adolescentes confluyen gran parte de los factores de riesgo psicosociales relacionados con la depresión tales como conflictos familiares, maltrato, deserción escolar, escaso apoyo social, consumo de sustancias psicoactivas, panorama que configura un ambiente propicio para la aparición de este tipo de trastorno. (Figueroa, Contini, Lacunza, Levin, y Estevez, 2005; González, Ramos, Caballero, Wagner, (2003); (Pardo et al., 2004); Barra, Cerna, Kramm, Véliz, (2006); Suldo & Hebner, (2004); (Del Barrio, 2006, citado por Caballo, 2006); Kliksberg, (1995); Cortes y Delgadillo (2006); Picco y Galende, 2001); Jordana et al. (2004); González, Montoya, Casullo y Bernabéu, 2002).

Otro hallazgo es la mayor presencia de depresión en las mujeres, lo cual coincide con los

diferentes estudios epidemiológicos realizados sobre este trastorno, que demuestran que éste es más frecuente en el sexo femenino. Esta situación, tal como lo plantea Matud, Guerrero y Matías (2006) parece estar asociada principalmente a factores biológicos y a elementos culturales asociados a la construcción de lo femenino.

No obstante, aunque este era un resultado esperado, no deja de ser preocupante el hecho de que el 75% de las mujeres y el 55% de los hombres evaluados, presenten algún grado de depresión, cifras que sobrepasan las estadísticas de estudios con muestras similares, como el de Arrivillaga, et al. (2003), en el que se encontró que el 43% de las mujeres y el 18% de los hombres presentan algún tipo de depresión. Sin embargo, al analizar los resultados obtenidos en la muestra con sintomatología depresiva, con relación al grado de depresión, esta diferencia entre hombres y mujeres no solo se reduce sino que se invierte, teniendo en cuenta que son los hombres quienes presentan un porcentaje más alto de depresión severa. Este resultado, aunque no tiene una relevancia estadística, vale la pena analizarlo a la luz de lo planteado por Fantin, Florentino y Correché (2005) quienes plantean que los hombres, en comparación con las mujeres, tienden a rechazar o ignorar el problema, lo cual dificulta la búsqueda de apoyo social y conlleva a que una depresión leve pueda evolucionar hasta llegar a un trastorno crónico de difícil manejo.

En conclusión, desde una perspectiva puramente estadística, tanto hombres como mujeres, presentan una frecuencia similar en términos de la intensidad de los síntomas, resultados que coinciden con lo reportado por Álvarez, et al. (2009). Sin embargo, Cantoral, Méndez y Nazar (2005), encontraron resultados diferentes, al plantear que la sintomatología depresiva se presentó con mayor frecuencia en las mujeres en comparación con los varones, en todos los niveles de intensidad.

Con relación al tipo de sintomatología, los resultados muestran que en general, los síntomas más frecuentes son la disminución en la capacidad de trabajo, la pérdida del placer, los sentimientos de castigo y de culpa. En contraste, Cova, et al. (2007), encontraron que las mayores puntuaciones se obtuvieron en aquellos ítems que aludían a: "Cambios en el patrón de sueño", "Dificultad de Concentración", "Autocríticas" y "Cambios en el apetito". Es importante

mencionar que, aunque estos no fueron los síntomas de mayor frecuencia en el presente estudio, fueron reportados por más del 50% de los adolescentes.

Dado que solo en 3 de los 21 ítems se encontraron diferencias significativas de género, en general, puede afirmarse que la depresión, tanto en los hombres como en las mujeres de la muestra, se manifiesta con sintomatología y frecuencia similares; resultados que difieren de los reportados por Arias, (2004), quien afirma que los síntomas de mayor frecuencia varían de acuerdo al género. Sin embargo, cabe resaltar que una de las pocas diferencias de género se encontró en la ideación suicida, síntoma que fue reportado por el 30% de las mujeres, en comparación con el 60% de los hombres, lo cual no coincide con lo que plantean algunos autores como Amézquita et al. (2008) y Ventura (2010), quienes afirman que la ideación suicida se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres. Esto resulta preocupante si se tiene en cuenta que, tal como lo afirma Téllez y Forero (2006), son las mujeres las que presentan más intentos de suicidio, pero son los hombres quienes presentan más suicidios consumados.

Considerando la magnitud del problema presentado en la muestra estudiada, resulta de vital importancia desarrollar investigaciones centradas en el estudio de variables sociodemográficas y su relación con la depresión en esta población. En la misma línea, sería importante realizar un estudio que permita contrastar los resultados obtenidos en este tipo de muestra, con otro replicado en una población con diferentes condiciones socioeconómicas. Esto no solo podría favorecer a aquellos jóvenes que presentan depresión, sino para el resto de adolescentes, que al compartir las mismas condiciones psicosociales podrían estar en alto riesgo de desarrollar este trastorno.

Es importante mencionar que la limitación del presente estudio, radica en el tamaño de la muestra ya que, al no ser representativa de la población, los datos obtenidos no pueden ser generalizables.

Referencias

- Álvarez, Z. M., Ramírez, J.G., Silva, R.A., Coffin, C.N. Jiménez, R.M (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *Internacional Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 2, 205-216. Universidad de Almeria España. Recuperado el 25 de marzo de 2010 de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=56012878005>.
- Aguilar, G. (1996). Autoestima y depresión en adolescentes guatemaltecos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 28, 002, 341-366. Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá, Colombia. Recuperado el 29 de marzo de 2010 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80528209>.
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C., Vázquez, C., (2006). Depresión. *Guías Clínicas*, 6, 11. Médicos Especialistas en Psiquiatría, Complejo Hospitalario Juan Canalejo, Coruña, España.
- Amézquita, M., González R., Zuluaga, D., (2008). Prevalencia de la depresión e ideación suicida en estudiantes de 8°, 9°,10° Y 11° grado, en ocho colegios oficiales de Manizales. Colombia. *Hacia la Promoción de la Salud*, 13, 143- 153.
- Arias G.C., (2004). Evaluación de los síntomas depresivos según el Inventario de Depresión de Beck en los estudiantes universitarios de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis. *Revista de la Facultad de Farmacia, Universidad de los Andes Mérida Venezuela*, 46, 2, 16-22.
- Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, V. Lozano, T., (2004) Caracterización de la Depresión en Jóvenes Universitarios. Pontificia Universidad Javeriana – Cali. *Universitas. Psychological*, Bogotá (Colombia) 3 1, 17-26, Recuperado el 29 de agosto de 2010 de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=64730103>,
- Asociación Psiquiátrica Norteamericana. DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de

Trastornos Mentales.

- Barlow, D., (2008). *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. The Guilford Press. New York. 4 ed.
- Barlow, D., Durand, M., (2001). *Psicología anormal. Un enfoque integral*. México: Boston University. International Thomson Editores S.A. CN Thomson Learning.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., Véliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica, Sociedad Chilena de Psicología*. Santiago Chile. 24, 001, 55-61. Recuperado el 28 de Marzo de 2010 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=78524106>,
- Bautista, L., Angarita M., Contreras, J., Otero, M., (2008). Caracterización psicológica y sintomatología depresiva de los adolescentes de 12 a 18 años. *Revista Ciencia y Cuidado*, 5, 1, 20-39.
- Beck A.T., (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A., Rush A., Shaw, B., Emery, G. (1984). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Biblioteca de Psicología. España: Desclee de Brouwer, S.A.
- Blum, R. (2000). Un modelo conceptual de salud del adolescente. En E. Dulanto (Ed.), *El adolescente*, 656-672. México: Mc Graw Hill.
- Caballo, V., Simón, M. (2002). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos generales*. Ediciones Pirámide.
- Caballo, V. (2006). *Manual para la Evaluación Clínica de los Trastornos Psicológicos*. Ediciones Pirámide.

- Coelho, R., Martins, A., Barros, H., (2002). Comprobación de los perfiles clínicos que relacionan el género y los síntomas depresivos entre adolescentes por el Inventario de Depresión II de Beck. *Eur Psychiatry Ed. Esp.* 9: 529-533.
- Coffin, N., Jiménez, M., Béjar, F., y Alvarez, M., (2006). Comorbilidad de la depresión y la ideación suicida en usuarios de una clínica – escuela de México. X Congreso Nacional de Investigación Educativa. El Cartel.
- Cortes, R., y Delgadillo, I., (2006). No somos vulnerables: Escuela y Niñez en situación de vulnerabilidad. Bogotá, Colombia. Ed. Unidad Editorial Unincca, 1, 9 – 35.
- Cova F., (2005). Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en la presencia de trastornos depresivos. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Departamento de Psicología universidad de Concepción Chile. *Terapia Psicológica*, 1, 49-57.
- Cova, F., Melipillán, R., Valdivia, M., Bravo, E., Valenzuela, B., (2007). Sintomatología depresiva y ansiosa (2007). *Revista Chilena de Pediatría*, 78, 2, 151-159.
- Cova, F., Rincón, P., Valdivia, M., Melipillán, A., (2008). Prevalencia de trastornos depresivos e impedimento asociado en adolescentes de sexo femenino. Chile. *Rev Chil Pediatr*, 79, 6: 607-613.
- De la Peña, F., Ulloa, R., Páez, F. (1999). Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Mental*, Instituto Mexicano de Psiquiatría, *Salud Mental Número Especial*, 88-92.
- Figueroa, M., Contini, N., Lacunza, A., Levin, M. y Estévez, A., (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de psicología*. Universidad de Murcia España, 21, 1, 66-72.

- Fantín, M., Florentino, M., y Correché, M., (2005). Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes de una escuela privada de la ciudad de San Luis. *Fundamentos en humanidades*. Vol 163. *Número 1*
- Garces, M.V, Henao, C., Henao C.G., Naranjo, A.M., (2008). Salud mental en adolescentes, prevalencia de depresión en adolescentes de 9 a 19 años de colegios públicos y privados del área metropolitana. Medellín (Colombia). Universidad CES, Facultad de Medicina, Grupo de Salud Mental.
- García, A., La depresión en adolescentes. (2009). *Revista de estudios de Juventud*, Universidad Complutense de Madrid España, 84, Arvo, 15, XI.03, en www.arvo.net.
- Gómez - Máquet Y. (2007). Cognición emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39, 3, 435-447. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá, Colombia Recuperado el 5 de abril de 2010 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80539301>.
- Gómez- Restrepo, C., Bohorquez, A., Pinto, D., Gil, J., Rondón M., Díaz Granados N., (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Publica* 16, 6 378-386. Washington.
- González, B., Montoya, I., Casullo, M. y Bernabéu (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia, España. *Psicothema*, 14, 2, 363-368.
- González, S., De la Cruz, D., Martínez, X., (2007). La medición de la depresión en adolescentes: una propuesta psicométrica. Universidad Veracruzana Xalapa, México. *Psicología y Salud*, 17, 002, 199-205. Recuperado el 29 de marzo de 2010 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29117204>.
- González, C., Ramos, L., Caballero, M., Wagner, F., (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. Instituto Nacional de

- Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (México) y Center for Health Disparities Solutions. *Psicothema*, 15 4, 524 – 532, en www.psycothema.com.
- Guevara, I., Cabrera V., Barrera, F. (2007) Factores contextuales y emociones morales como predictores del ajuste psicológico en la adolescencia. *Universitas Psychologica Bogotá (Colombia)*, 6, 2, 269-283. Recuperado el 27 de marzo de 2010 en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=64760207>.
- Hospital Pablo VI Bosa ESE- Sala Situacional Salud Mental (2009). Datos de Base SIVIM 2006 – 2008. Marzo de 2009, 1-15.
- Jordana, P., Ordóñez, F., Strausz, S., Arredondo, A., Lara, N., Bermúdez, P., Coronado, C., López, L., Miranda, M., (2004). Estudio de las diferencias en la depresión de adolescentes que viven en la calle y los que viven con una familia. Universidad del Valle de México, Dirección General Académica. *Episteme No.1*. Dirección Institucional de Investigación e Innovación Tecnológica
- Kliksberg, B. (1995). *Pobreza, el drama cotidiano: clave para una nueva gerencia social eficiente*. Buenos Aires: Norma S. A.
- Matud, M.P., Guerrero, K., y Matías, R. (2006) Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en la depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, enero, 6, 1, 7-21. Asociación Española de Psicología Conductual. Granada España 7-21. Recuperado el 29 de marzo de 2010 en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=33760101>.
- Melipillán, R.; Cova , F.; Rincón, P. y Valdivia, M. (2008). *Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos*. Santiago, Chile. *Terapia Psicológica*. Sociedad Chilena de Psicología 26, 1, 59-69. Recuperado el 29 de marzo de 2010 en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=78526105>.

Ministerio de la Protección Social (2003). Estudio Nacional de Salud Mental. República de Colombia. Fundación FES Social.

Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la Salud en el Mundo. Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 29-30.

Pardo, G., Sandoval, A., Umbarila, D. (2004). Adolescencia y Depresión. Revista Colombiana de Psicología, 13, 17-32. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. Recuperado el 29 de marzo de 2010 de : <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80401303>

Pérez - Pareja, F., Sesé, A., Romo, A., Palmar, A., Tomás, M., (2010). Influence of Negative Emotions (Anxiety, Depression and Anger) on the Efficiency of Cognitive-Behavioral Quit Smoking Program. Clínica y Salud, Madrid, España, 21, 1, 9-19.

Pérez, M., Díaz, A., Vinet E., (2005). Características psicológicas de adolescentes pertenecientes a comunidades educativas vulnerables. Universidad de Concepción y Universidad de la Frontera, Chile. Psicothema 17, 1, 37-42, en www.psychothema.com.

Pérez, M. y Urquijo S. (2001). Depression in adolescents. Relationship with Academic Achievement. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. Psicología Escolar e Educativa, Pepsic, Campinas 5, 1, 49-58.

Picco, E. y Galende, B. (2001). Trabajo infantil su impacto en la constitución subjetiva. En Kairós, 5, 8.

Rodríguez, D., Dallos, C., González, S., Sánchez, Z., Díaz-Martínez, L., Rueda-Jaimes, G., Campo-Arias, A. (2005) Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 21,5, 1402-1407.

- Santacruz, C., Gómez R.C., Posada, V.J. & Virachará, P. (1995). A propósito de un análisis secundario de la encuesta nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Bogotá: Ministerio de Salud- Pontificia Universidad Javeriana.
- Sattler, J., Hoge, R. (2008). Evaluación Infantil: Aplicaciones conductuales sociales y clínicas. Manual Moderno. 407 – 410.
- Siverio, M., García M., (2007). Autopercepción de adaptación y tristeza en la adolescencia: la influencia del género. Anales de psicología, 23, 1, 41-48. Universidad de Murcia, Murcia, (España).
- Soria, M., Otamendi, A., Berrocal, C., Caño, A. y Rodríguez, C. (2004). Las atribuciones de incontrolabilidad en el origen de las expectativas de desesperanza en adolescentes. Universidad de Málaga y Florida State University, Facultad de Psicología, Universidad de Málaga, España *Psicothema*, 16, 3, 476-480, de www.psicothema.com.
- Tapia, M., Fiorentino M., Correché, M. (2003). Soledad y tendencia al aislamiento en estudiantes adolescentes. Su relación con el autoconcepto. *Fundamentos en Humanidades* 4, número 007-008. Universidad Nacional de San Luis, San Luis Argentina.4, 7-8, 163-172. Recuperado el 29 de marzo de 2010 en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=18400809>.
- Téllez, V. y Forero, J., (2006). Suicidio: Neurobiología, factores de riesgo y prevención. Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica. Bogotá, Colombia.
- Torres de Galvis, Y., Montoya, I. D. (1997). Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Ministerio de Salud, Bogotá, Colombia.
- Vargas-Mendoza, J. E. (2009) Depresión: modelos conductuales. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. en, http://www.conductitlan.net/depresion_modelos_conductuales.ppt

Ventura-Junca, R., Carvajal, C., Undurraga, S., Vicuña, P., Egaña, J., Garib, M., (2010)
Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de
Santiago de Chile. Rev. Méd. Chile, 138, 3, 309-315.

Apéndice A. Carta de Presentación Fundación Mujer del Nuevo Milenio

Fecha: _____

Señores Directivos
Fundación Mujer del Nuevo Milenio
Ciudad

Cordial Saludo

Nos dirigimos a ustedes con el fin de presentarle nuestra propuesta de investigación con el propósito de solicitarle nos permita desarrollarla en la Fundación que usted representa.

El objetivo de la presente investigación es determinar la frecuencia, el grado de intensidad y los síntomas más frecuentes de la depresión en adolescentes, hombres y mujeres, entre 13 y 17 años de edad, de la localidad de Bosa.

Una vez su institución autorice nuestro ingreso y participación, se contactará a los representantes de los menores que ustedes nos asignen, con el propósito de presentarles nuestra investigación y solicitar el consentimiento informado firmado para trabajar con sus representados, los niños autorizados serán tomados como muestra, aplicándoles una prueba que evaluará sus niveles de depresión para lo que se utilizará el Inventario de Depresión de Beck, la cual es una prueba autoaplicable. Una vez obtenidos los resultados y hacer su respectivo análisis se procederá a establecer las necesidades reales de la muestra, lo que permitirá desarrollar un taller que aborde esta temática.

Agradeciendo de antemano el apoyo que nos puedan brindar.

Atentamente

Andrea Toro Sánchez
Psicóloga

Martha Cardona Toro
Psicóloga

Dra. Cristina Castro
Psicóloga.
Directora investigativa.

Apéndice B. Consentimiento informado institución educativa

CONSENTIMIENTO INFORMADO FUNDACION MUJER DEL NUEVO MILENIO

Yo _____, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía _____, en mi calidad de representante de la Fundación _____, certifico que el grupo de investigadores de la UNIVERSIDAD DE LA SABANA solicitó la autorización para implementar en la Institución el proyecto de investigación: “Depresión y su Relación con el Género en un Grupo de Adolescentes de la Localidad de Bosa”.

Estoy informado (a) que en el proceso de la investigación se aplicará el Inventario de Depresión de Beck, para lo cual los niños y niñas recibirán la instrucción necesaria. El tiempo para responder los cuestionarios es de aproximadamente 10 minutos.

Manifiesto que me informaron que estos datos serán utilizados con un propósito académico, que la identidad de los participantes será confidencial y que el equipo de investigación se compromete a actuar en función de la integridad y el bienestar de los estudiantes y los demás miembros de la comunidad educativa, cumpliendo con las condiciones éticas dispuestas en la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Protección Social y en la Ley 84 de 1989, además de los parámetros estipulados por la American Psychological Association y The Society for Research in Child Development.

Adicionalmente, entiendo que el equipo de investigación no tiene responsabilidad en los resultados obtenidos de los cuestionarios administrados, y que los instrumentos emiten un diagnóstico estrictamente académico que no permitirá identificar otras problemáticas clínicas relevantes que puede presentar la población.

Acorde con lo mencionado anteriormente autorizo para que los instrumentos de evaluación estipulados se apliquen a los estudiantes y me comprometo a informar a los padres de familia por medio escrito este procedimiento y los objetivos del estudio y a aclarar las dudas correspondientes a la actividad.

Firma: _____

Fecha: _____

Apéndice C. Consentimiento informado padres de familia o representantes legales.

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGÍA CLINICA DE LA NIÑEZ Y LA
ADOLESCENCIA
CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACION EN INVESTIGACION**

Bogotá, 15 de Marzo de 2010

Señores
Padres de familia o representantes
Cordial saludo

Nos dirigimos a ustedes con el fin de solicitarles su autorización para contar con la participación de su hijo (a) en nuestra investigación, la cual tiene como objetivo identificar la relación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por los adolescentes, la depresión, y el género.

Una vez usted firme la autorización y su hijo acepte ser parte de la investigación, el procedimiento a seguir es el siguiente:

Se le aplicarán dos instrumentos de evaluación que nos permitirá identificar el estado de ánimo de su hijo y posteriormente, se le aplicará otra prueba que determine el tipo de estrategias de afrontamiento que su hijo (a) utiliza cuando se enfrenta a situaciones estresantes.

Una vez obtenidos los resultados y luego de hacer el respectivo análisis, se procederá a establecer las necesidades de los participantes, con el fin de diseñar una estrategia de intervención grupal, que a su vez permita identificar los casos que requieran una intervención individual.

En los resultados finales no se revelará el nombre de los participantes; sin embargo, durante el proceso se pedirá el nombre del estudiante con el fin de poder prestar la ayuda requerida en caso de que los resultados lo indiquen así. Al final del estudio, se les informará acerca de las conclusiones del estudio.

Yo _____, identificado con CC _____, padre de _____ del curso _____, he leído todas las condiciones de la investigación y autorizo a mi hijo para que participe en ella.

Martha Cardona Toro
Psicóloga investigadora

Andrea Toro Sánchez
Psicóloga investigadora

Apéndice D. Consentimiento informado para los adolescentes.

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGÍA CLINICA DE LA NIÑEZ Y LA
ADOLESCENCIA
CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACION EN INVESTIGACION**

Bogotá, 15 de Marzo de 2010

Yo, _____, identificado (a) con el documento de identidad No _____, hago constar que voluntariamente acepto participar en la investigación respaldada por la Universidad de la Sabana titulada “Relación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por los adolescentes, la depresión, y el género”. Estoy de acuerdo en responder un instrumento que evalúa el estado de ánimo y el tipo de tipo de estrategias de afrontamiento que utilizo cuando me enfrento a situaciones estresantes. Acepto que las psicólogas a cargo de la investigación me han informado amplia y suficientemente sobre los objetivos y me han aclarado los detalles del procedimiento. Así mismo, acepto que durante el proceso de aplicación de las pruebas se me pedirá mi nombre con el fin de poder acceder a la ayuda terapéutica requerida en caso de que los resultados lo indiquen así.

Martha Cardona Toro
Psicóloga investigadora

Andrea Toro Sánchez
Psicóloga investigadora

Apéndice E. Inventario de Depresión Beck

Nombre _____ Edad _____ Curso _____

En este cuestionario hay grupos de frases. Por favor lea cuidadosamente cada grupo. Luego escoja una frase en cada grupo la cual describa mejor la forma como usted se ha sentido últimamente. Encierre en un círculo el número del lado de la frase que eligió. Si le parece que varias frases del grupo se aplican igual, Si encuentra más de un enunciado que lo identifique, marque cada uno de ellos.

Asegúrese de leer todas las frases en cada grupo antes de marcar una respuesta.

A. 0. No me siento triste.

1. Me siento triste o melancólico.
- 2a. Me siento triste o melancólico todo el tiempo y no puedo animarme.
- 2b. Estoy tan triste o infeliz que esto es verdaderamente doloroso.

B. 0. No estoy particularmente pesimista o desalentado por el futuro.

1. Me siento desalentado por el futuro.
- 2a. Siento que no tengo para qué pensar en el futuro.
- 2b. Siento que nunca saldré de mis problemas.
3. Siento que el futuro es desalentador y que las cosas no pueden mejorar.

C. 0. No me siento como un fracasado.

1. Siento que he fracasado más que el promedio.
- 2a. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo.
- 2b. Viendo mi vida en forma retrospectiva, todo lo que puedo ver es una gran cantidad de fracasos.
3. Siento que soy un fracaso completo.

D. 0. No estoy particularmente insatisfecho.

- 1a. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo.

1b. No gozo las cosas de la manera que acostumbrada.

2. Nunca siento satisfacción de nada.

3. Estoy insatisfecho de todo.

E. 0. No me siento particularmente culpable.

1. Me siento mal o indigno gran parte del tiempo.

2a. Me siento algo culpable.

2b. Me siento mal o indigno casi siempre.

3. Siento que soy malo o inútil.

F. 0. No siento que esté siendo castigado.

1. He tenido la sensación de que algo malo puede ocurrir.

2. Siento que soy castigado o que seré castigado.

3a. Creo que merezco ser castigado.

3b. Deseo ser castigado.

G. 0. No me siento decepcionado de mi mismo.

1a. Estoy decepcionado de mi mismo.

1b. No me agrado.

2. Estoy disgustado conmigo mismo.

3. Me odio.

H. 0. No creo ser peor que cualquier otro.

1. Me critico por mi debilidad o errores.

2. Me reprocho mis culpas.

3. Me reprocho todo lo malo que ocurre.

I. 0. No tengo ninguna intención de hacerme daño.

1. Tengo intenciones de hacerme daño, pero no las llevaría a cabo.

2^a. Siento que estaría mejor muerto.

2b. Siento que mi familia estaría en mejores circunstancias si yo muriera.

3^a. Tengo planes definidos para suicidarme.

3b. Me mataría si pudiera.

J. 0. No lloro más de lo usual.

1. Lloro más de lo que acostumbraba.

2. Ahora lloro todo el tiempo; no puedo evitarlo.

3. Yo fui capaz de llorar, pero ahora no puedo, aunque quisiera hacerlo.

K. 0. No estoy más irritado de lo habitual.

1. Me molesto o me irrito con más facilidad que lo usual.

2. Me siento irritado siempre.

3. No me irrito con las cosas que usualmente me irritaban.

L. 0. No he perdido interés por la gente.

1. Estoy menos interesado por las demás personas de lo que acostumbraba estar.

2. He perdido casi totalmente el interés por las demás personas.

3. He perdido todo interés por las demás personas.

M. 0. Tomo decisiones tan bien como siempre.

1. Trato de evitar el tomar decisiones.

2. Tengo grandes dificultades para tomar decisiones.

3. No puedo tomar ninguna decisión.

N. 0. No siento que luzca peor de lo acostumbrado.

1. Me preocupa parecer viejo o desagradable.

2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia.

3. Siento que luzco feo o repulsivo.

O. 0. No puedo trabajar tan bien como antes.

1a. Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo.

1b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba.

2. Tengo que darme mucho ánimo para hacer cualquier cosa.

P. 0. Puedo dormir tan bien como antes

1. Despierto por la mañana más cansado que de costumbre.
2. Despierto una o dos horas más temprano de lo usual y me es difícil volver a dormirme.
3. Despierto temprano cada mañana y no puedo dormir más de 5 horas.

Q.0. No me canso más de lo usual.

1. Me canso más fácilmente que lo usual.
2. Me canso de no hacer nada.
3. Me canso demasiado al hacer cualquier cosa.

R. 0. Mi apetito no excede a lo normal.

1. Mi apetito no es tan bueno como de costumbre.
2. Mi apetito es deficiente.
3. No tengo apetito.

S. 0. No he perdido mucho peso, o nada últimamente.

1. He perdido más de 2 ½ kg.
2. He perdido más de 5 kg.
3. He perdido más de 7 kg.

T. 0. No estoy más interesado en mi salud que lo usual.

1. Estoy preocupado por males y dolores, malestar estomacal o constipación.
2. Estoy tan preocupado de cómo me siento, que es difícil tener otros pensamientos.
3. Estoy sumamente preocupado de cómo me siento.

U. 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual.

1. Tengo poco interés por el sexo.
2. Mi interés por el sexo es casi nulo.
3. He perdido completamente el interés por el sexo.

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

INSTITUTO DE POSTGRADOS

RESUMEN ANALITICO DE INVESTIGACION (RAI)

NOMBRE DEL POSTGRADO: Clínica de la Niñez y la Adolescencia

TÍTULO DEL PROYECTO: Depresión y Su Relación con el Género en un Grupo de Adolescentes de la Localidad de Bosa

AUTORAS: Martha Cardona Toro y Andrea Toro Sánchez

AÑO Y MES: Septiembre de 2010

NOMBRE DE LA ASESORA: Cristina Castro

DESCRIPCIÓN O ABSTRACT:

La investigación busca determinar si existe relación entre sexo y síntomas específicos de la depresión en un grupo de adolescentes pertenecientes a la localidad de Bosa, en Bogotá. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck a un grupo de 111 adolescentes, 57 mujeres y 54 hombres, entre 13 y 17 años. Se utilizó un diseño no experimental de tipo descriptivo transeccional. Los resultados evidencian presencia de depresión en 55% de hombres y 75% en mujeres, en diferentes niveles de intensidad. Sin embargo, no se encuentra relación entre sexo y síntomas específicos de depresión; a excepción de los pensamientos o deseos de suicidio que fueron manifestados por el doble de hombres que de mujeres.

Abstract

The investigation seeks to determine whether a relationship exists between sex and specific symptoms of depression in a group of teenagers from the locality of Bosa, Bogota. We applied the Beck Depression Inventory in a group of 111 teenagers, 57 women and 54 men, between 13 and 17. We used a nonexperimental descriptive trans. The results show the presence of depression in 55% of men and 75% in women, at different levels of intensity. However, we did not found a relationship between sex and specific symptoms of

depression, with the exception of suicidal thoughts or desires that were expressed by twice as many men than women.

KEY WORDS: Depression, Adolescence, Gender.

PALABRAS CLAVES O DESCRIPTORES: Depresión, Adolescencia, Género

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Investigación correlacional , de tipo descriptivo y transeccional.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar si existe relación entre sexo y síntomas específicos de la depresión en un grupo de adolescentes pertenecientes a la localidad de Bosa, en Bogotá.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar la sintomatología depresiva en hombres
2. Identificar la sintomatología depresiva en mujeres.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS:

Álvarez, Z. M., Ramírez, J.G., Silva, R.A., Coffin, C.N. Jiménez, R.M (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *Internacional Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 2, 205-216. Universidad de Almeria España. Recuperado el 25 de marzo de 2010 de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=56012878005>.

Aguilar, G. (1996). Autoestima y depresión en adolescentes guatemaltecos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 28, 002, 341-366. Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá, Colombia. Recuperado el 29 de marzo de 2010 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80528209>.

Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C., Vázquez, C., (2006). Depresión. Guías Clínicas, 6, 11. Médicos Especialistas en Psiquiatría, Complejo Hospitalario Juan Canalejo, Coruña, España.

Amézquita, M., González R., Zuluaga, D., (2008). Prevalencia de la depresión e ideación suicida en estudiantes de 8°, 9°, 10° Y 11° grado, en ocho colegios oficiales de Manizales. Colombia. Hacia la Promoción de la Salud, 13, 143- 153.

Arias G.C., (2004). Evaluación de los síntomas depresivos según el Inventario de Depresión de Beck en los estudiantes universitarios de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis. Revista de la Facultad de Farmacia, Universidad de los Andes Mérida Venezuela, 46, 2, 16-22.

Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, V. Lozano, T., (2004) Caracterización de la Depresión en Jóvenes Universitarios. Pontificia Universidad Javeriana – Cali. Universitas. Psychological, Bogotá (Colombia) 3 1, 17-26, Recuperado el 29 de agosto de 2010 de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=64730103>,

Asociación Psiquiátrica Norteamericana. DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales.

Barlow, D., Durand, M., (2001). Psicología anormal. Un enfoque integral. México: Boston University. International Thomson Editores S.A. CN Thomson Learning.

Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., Véliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. Terapia Psicológica, Sociedad Chilena de Psicología. Santiago Chile. 24, 001, 55-61. Recuperado el 28 de Marzo de 2010 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=78524106>,

- Bautista, L., Angarita M., Contreras, J., Otero, M., (2008). Caracterización psicológica y sintomatología depresiva de los adolescentes de 12 a 18 años. *Revista Ciencia y Cuidado*, 5, 1, 20-39.
- Beck A,T., (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A., Rush A., Shaw, B., Emery, G. (1984). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Biblioteca de Psicología. España: Desclee de Brouwer, S.A.
- Blum, R. (2000). Un modelo conceptual de salud del adolescente. En E. Dulanto (Ed.), *El adolescente*, 656-672. México: Mc Graw Hill.
- Caballo, V., Simón, M. (2002). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Trastornos generales. Ediciones Pirámide.
- Caballo, V. (2006). *Manual para la Evaluación Clínica de los Trastornos Psicológicos*. Ediciones Pirámide.
- Coelho, R., Martins, A., Barros, H., (2002). Comprobación de los perfiles clínicos que relacionan el género y los síntomas depresivos entre adolescentes por el Inventario de Depresión II de Beck. *Eur Psychiatry Ed. Esp.* 9: 529-533.
- Coffin, N., Jiménez, M., Béjar, F., y Alvarez, M., (2006). Comorbilidad de la depresión y la ideación suicida en usuarios de una clínica – escuela de México. X Congreso Nacional de Investigación Educativa. El Cartel.

- Cortes, R., y Delgadillo, I., (2006). No somos vulnerables: Escuela y Niñez en situación de vulnerabilidad. Bogotá, Colombia. Ed. Unidad Editorial Unincca, 1, 9 – 35.
- Cova F., (2005). Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en la presencia de trastornos depresivos. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Departamento de Psicología universidad de Concepción Chile. *Terapia Psicológica*, 1, 49-57.
- Cova, F., Melipillán, R., Valdivia, M., Bravo, E., Valenzuela, B., (2007). Sintomatología depresiva y ansiosa (2007). *Revista Chilena de Pediatría*, 78, 2, 151-159.
- Cova, F., Rincón, P., Valdivia, M., Melipillán, A., (2008). Prevalencia de trastornos depresivos e impedimento asociado en adolescentes de sexo femenino. Chile. *Rev Chil Pediatr*, 79, 6: 607-613.
- De la Peña, F., Ulloa, R., Páez, F. (1999). Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Mental*, Instituto Mexicano de Psiquiatría, *Salud Mental Número Especial*, 88-92.
- Figuroa, M., Contini, N., Lacunza, A., Levin, M. y Estévez, A., (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de psicología*. Universidad de Murcia España, 21, 1, 66-72.
- Fantin, M., Florentino, M., y Correché, M., (2005). Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes de una escuela privada de la ciudad de San Luis. *Fundamentos en humanidades*. Vol 163. *Número I*
- Garces, M.V, Henao, C., Henao C.G., Naranjo, A.M., (2008). Salud mental en adolescentes, prevalencia de depresión en adolescentes de 9 a 19 años de colegios públicos y privados del área metropolitana. Medellín (Colombia). Universidad CES, Facultad de Medicina, Grupo de Salud Mental.

- García, A., La depresión en adolescentes. (2009). Revista de estudios de Juventud, Universidad Complutense de Madrid España, 84, Arvo, 15.,XI.03, en www.arvo.net.
- Gómez - Máquet Y. (2007). Cognición emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. Revista Latinoamericana de Psicología, 39, 3, 435-447. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá, Colombia Recuperado el 5 de abril de 2010 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80539301>.
- Gómez- Restrepo, C., Bohorquez, A., Pinto, D., Gil, J., Rondón M., Díaz Granados N., (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. Rev Panam Salud Publica 16, 6 378-386. Washington.
- González, B., Montoya, I., Casullo, M. y Bernabéu (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia, España. Psicothema, 14, 2, 363-368.
- González, S., De la Cruz, D., Martinez, X., (2007). La medición de la depresión en adolescentes: una propuesta psicométrica. Universidad Veracruzana Xalapa, México. Psicología y Salud, 17, 002, 199-205. Recuperado el 29 de marzo de 2010 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29117204>.
- González, C., Ramos, L., Caballero, M., Wagner, F., (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (México) y Center for Health Disparities Solutions. Psicothema, 15 4, 524 – 532, en www.psicothema.com.
- Guevara, I., Cabrera V., Barrera, F. (2007) Factores contextuales y emociones morales como predictores del ajuste psicológico en la adolescencia. Universitas

Psychologica Bogotá (Colombia), 6, 2, 269-283. Recuperado el 27 de marzo de 2010 en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=64760207>.

Hospital Pablo VI Bosa ESE- Sala Situacional Salud Mental (2009). Datos de Base SIVIM 2006 – 2008. Marzo de 2009, 1-15.

Jordana, P., Ordóñez, F., Strausz, S., Arredondo, A., Lara, N., Bermúdez, P., Coronado, C., López, L., Miranda, M., (2004). Estudio de las diferencias en la depresión de adolescentes que viven en la calle y los que viven con una familia. Universidad del Valle de México, Dirección General Académica. Episteme No.1. Dirección Institucional de Investigación e Innovación Tecnológica

Kliksberg, B. (1995). Pobreza, el drama cotidiano: clave para una nueva gerencia social eficiente. Buenos Aires: Norma S. A.

Matud, M.P., Guerrero, K., y Matías, R. (2006) Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en la depresión. International Journal of Clinical and Health Psychology, enero, 6, 1, 7-21. Asociación Española de Psicología Conductual. Granada España 7-21. Recuperado el 29 de marzo de 2010 en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=33760101>.

Melipillán, R.; Cova, F.; Rincón, P. y Valdivia, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. Santiago, Chile. Terapia Psicológica. Sociedad Chilena de Psicología 26, 1, 59-69. Recuperado el 29 de marzo de 2010 en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=78526105>.

Ministerio de la Protección Social (2003). Estudio Nacional de Salud Mental. República de Colombia. Fundación FES Social.

Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la Salud en el Mundo. Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 29-30.

Pardo, G., Sandoval, A., Umbarila, D. (2004). Adolescencia y Depresión. Revista Colombiana de Psicología, 13, 17-32. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. Recuperado el 29 de marzo de 2010 de : <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80401303>

Pérez - Pareja, F., Sesé, A., Romo, A., Palmar, A., Tomás, M., (2010). Influence of Negative Emotions (Anxiety, Depression and Anger) on the Efficiency of Cognitive-Behavioral Quit Smoking Program. Clínica y Salud, Madrid, España, 21, 1, 9-19.

Pérez, M., Díaz, A., Vinet E., (2005). Características psicológicas de adolescentes pertenecientes a comunidades educativas vulnerables. Universidad de Concepción y Universidad de la Frontera, Chile. Psicothema 17, 1, 37-42, en www.psycothema.com.

Pérez, M. y Urquijo S. (2001). Depression in adolescents. Relationship with Academic Achievement. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. Psicología Escolar e Educativa, Pepsic, Campinas 5, 1, 49-58.

Picco, E. y Galende, B. (2001). Trabajo infantil su impacto en la constitución subjetiva. En Kairós, 5, 8.

Rodríguez, D., Dallos, C., González, S., Sánchez, Z., Díaz-Martínez, L., Rueda-Jaimes, G., Campo-Arias, A. (2005) Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo

de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 21,5, 1402-1407.

Santacruz, C., Gómez R.C., Posada, V.J. & Virachará, P. (1995). A propósito de un análisis secundario de la encuesta nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Bogotá: Ministerio de Salud- Pontificia Universidad Javeriana.

Sattler, J., Hoge, R. (2008). Evaluación Infantil: Aplicaciones conductuales sociales y clínicas. *Manual Moderno*. 407 – 410.

Siverio, M., García M., (2007). Autopercepción de adaptación y tristeza en la adolescencia: la influencia del género. *Anales de psicología*, 23, 1, 41-48. Universidad de Murcia, Murcia, (España).

Soria, M., Otamendi, A., Berrocal, C., Caño, A. y Rodríguez, C. (2004). Las atribuciones de incontrolabilidad en el origen de las expectativas de desesperanza en adolescentes. *Universidad de Málaga y Florida State University, Facultad de Psicología, Universidad de Málaga, España Psicothema*, 16, 3, 476-480, de www.psycothema.com.

Tapia, M., Fiorentino M., Correché, M. (2003). Soledad y tendencia al aislamiento en estudiantes adolescentes. Su relación con el autoconcepto. *Fundamentos en Humanidades* 4, número 007-008. Universidad Nacional de San Luis, San Luis Argentina.4, 7-8, 163-172. Recuperado el 29 de marzo de 2010 en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=18400809>.

Téllez, V. y Forero, J., (2006). Suicidio: Neurobiología, factores de riesgo y prevención. Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica. Bogotá, Colombia.

Torres de Galvis, Y., Montoya, I. D. (1997). Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Ministerio de Salud, Bogotá, Colombia.

Vargas-Mendoza, J. E. (2009) Depresión: modelos conductuales. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. en, http://www.conductitlan.net/depresion_modelos_conductuales.ppt

Ventura-Junca, R., Carvajal, C., Undurraga, S., Vicuña, P., Egaña, J., Garib, M., (2010) Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. Rev. Méd. Chile, 138, 3, 309-315.

RESUMEN O CONTENIDO:

Marco teórico

Se realizó una revisión bibliográfica sobre la depresión en adolescentes, su prevalencia a nivel mundial, nacional y local; sus principales factores de riesgo y la relación existente entre género y sintomatología específica de la depresión.

Objetivo general:

Determinar si existe relación entre sexo y síntomas específicos de la depresión en un grupo de adolescentes pertenecientes a la localidad de Bosa, en Bogotá.

Objetivos específicos:

1. Identificar la sintomatología depresiva en hombres
2. Identificar la sintomatología depresiva en mujeres.

Metodología

Participantes

La muestra estuvo conformada por 111 adolescentes, 57 mujeres y 54 hombres, entre 13 y 17 años, pertenecientes a los Comedores Comunitarios de San Eugenio y San Bernardino

de la localidad de Bosa.

Variables

Variable predictora:

1. Sexo

Variable de criterio:

1. Depresión

Instrumentos

Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck, BDI, versión revisada (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979)

Procedimiento

1. Presentación del proyecto de investigación a la directora del programa.
2. Contacto con los posibles participantes, de acuerdo con los criterios de selección previamente definidos.
3. Aplicación del instrumento de evaluación.
4. Calificación y tabulación de los datos.
5. Análisis y discusión de éstos de acuerdo a la revisión teórica realizada.

Conclusiones

Los resultados evidencian una alta frecuencia de sintomatología depresiva en los adolescentes estudiados. Sin embargo, se encontró mayor presencia de depresión en las mujeres que en los hombres.

Así mismo, no se encontraron diferencias de género significativas con respecto a la intensidad y al tipo de síntomas depresivos en los adolescentes de la muestra.

METODOLOGÍA:

Participantes

La muestra estuvo conformada por 111 adolescentes, 57 mujeres y 54 hombres, entre 13

y 17 años, pertenecientes a los Comedores Comunitarios de San Eugenio y San Bernardino de la localidad de Bosa. Este es un programa de la Secretaría de Integración Social que representa un espacio de encuentro y de inclusión social para las familias en condición de vulnerabilidad y pobreza en los que se brindan servicio de alimentación y nutrición.

Los criterios de inclusión de la muestra fueron el rango de edad de los adolescentes, el cual se estableció entre 13 a 17 años, y su vinculación al programa de Comedores Comunitarios. El criterio de exclusión fue la presencia de algún trastorno psiquiátrico diagnosticado con anterioridad. Para su selección, se utilizó un muestreo aleatorio simple.

Variables

Variable predictora:

Sexo

Variable de criterio:

Depresión

Instrumentos

Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck, BDI, versión revisada (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979) (Ver apéndice E). Cuestionario diseñado para evaluarla severidad de los síntomas cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos de la depresión; consta de 21 ítems, con 4 opciones de respuesta que van desde 0 (ausencia de depresión) hasta 3 (máxima depresión); las puntuaciones del test van de 0 a 63. La validación del instrumento fue realizado por el doctor Diego Castrillón, Especialista en Psicología Clínica y Cognitiva en Medellín Colombia, basado en el Beck Depression Inventory II. Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown G.K. (2006). Según su investigación, Los resultados argentinos y norteamericanos coinciden en sus resultados gruesos y difieren si la población es general o clínica. En cuanto al análisis factorial en Argentina y Estados Unidos se tuvo en cuenta el factor 1: áreas cognitivo y afectivas y el factor 2: área somática. El Alpha fue de 0.86 en población general y 0.88 en población clínica. En cuanto al análisis factorial en Colombia, fueron 182

sujetos. El resultado en 6 factores fue de Alpha: 0,83 (95,00% (0,79 – 0,86); la varianza: 55,4% para 6 factores (y de 31,8 para dos factores). De la misma manera, se tuvo en cuenta las propiedades psicométricas de la más reciente versión del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II, Beck, Steer y Brown, 1996, citado por Melipillan, Cova, Rincón, Valdivia, 2007).

Procedimiento

6. Presentación del proyecto de investigación a la directora del programa.
7. Contacto con los posibles participantes, de acuerdo con los criterios de selección previamente definidos.
8. Aplicación del instrumento de evaluación.
9. Calificación y tabulación de los datos.
10. Análisis y discusión de éstos de acuerdo a la revisión teórica realizada.

CONCLUSIONES:

Los resultados evidencian una alta frecuencia de sintomatología depresiva en los adolescentes estudiados. Sin embargo, se encontró mayor presencia de depresión en las mujeres que en los hombres.

Así mismo, no se encontraron diferencias de género significativas con respecto a la intensidad y al tipo de síntomas depresivos en los adolescentes de la muestra.