

La investigación, su esencia y arte.

FONDO EDITORIAL

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE TAYACAJA
DANIEL HERNÁNDEZ MORILLO



Calidad de vida y depresión en enfermeras, Hospital Santa María del Socorro, Ica

**ZONIA FELICITAS QUISPE QUISPE
GLORIA NANCY QUISPE QUISPE
ANAIS GABRIELA VASQUEZ SALAZAR**

**ELIZABETH GUILLEN CARHUACUSMA
MILEXY AMELIA CUSI ESCATE
OLIVIA HERMELINDA HELIA CURASI GOMEZ**

<https://fondoeditorial.unat.edu.pe>

Calidad de vida y depresión en enfermeras, Hospital Santa María del Socorro, Ica



Zonia Felicitas Quispe Quispe

Gloria Nancy Quispe Quispe

Anais Gabriela Vasquez Salazar

Elizabeth Guillen Carhuacusma

Milexy Amelia Cusi Escate

Olivia Hermelinda Helia Curasi Gomez

Pampas – Tayacaja

2023

Calidad de vida y depresión en enfermeras, Hospital Santa María del Socorro, Ica

© Zonia Felicitas Quispe Quispe
Email: zonia.quispe@unica.edu.pe
Dirección: Calle Señor de Villacurí, D-11 “Puente Blanco” Ica -Perú

Gloria Nancy Quispe Quispe
Email: glorianancyquispequispe@gmail.com
Dirección: Avenida Vigil730, Tacna -Perú

Anais Gabriela Vasquez Salazar
Email: anais151111@gmail.com
Dirección: Jr Colon 363 Pampas, Tayacaja, Huancavelica –Perú

Elizabeth Guillen Carhuacusma
Email: elizabethguillen20199@gmail.com
Dirección: Jr. Túpac Amaru, Daniel Hernández, Huancavelica -Perú

Milexy Amelia Cusi Escate
Email: milexyce23@gmail.com
Dirección: Avenida los Faisanes No. 357 Chorrillos, Lima -Perú

Olivia Hermelinda Helia Curasi Gomez
Email: ocurasi@unica.edu.pe
Dirección: Urb. Los Viñedos C - 6, Lima – Perú

La investigación, su esencia y arte.

Editada por:

© Universidad Nacional Autónoma de Tayacaja Daniel Hernández Morillo (UNAT)- Fondo Editorial.
Dirección: Bolognesi N° 416, Tayacaja, Huancavelica -Perú
info@unat.edu.pe
Telf: (+51) 67 -990847026
Web: <https://unat.edu.pe/>

Calidad de vida y depresión en enfermeras, Hospital Santa María del Socorro, Ica

Primera edición digital: Abril de 2023

Libro digital disponible en <https://fondoeditorial.unat.edu.pe>

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2023-03330

ISBN: 978-612-49231-3-5

Corrección de estilo y Diseño y Diagramación: Gráfica “imagen”:

Gianmarco Garcia Curo

gianmarco.garcia.c@gmail.com / Telf: +51 925 622 439



La investigación, su esencia y arte.

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, su tratamiento informático, la transmisión de ninguna otra forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN.....	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.1. Descripción de la Realidad Problemática.....	11
1.2. Formulación del problema	14
Problemas Específicos	14
2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
2.2. Antecedentes del problema	14
3. MARCO TEÓRICO	21
3.1. Dimensiones de la calidad de vida	25
3.1.1. Factores externos.....	26
3.1.2. Factores internos	26
3.2. Tipos de depresión	34
3.3. Cuadro clínico de la depresión	36
3.3.1. Predominio depresivo.....	37
3.3.2. Predominio somático ⁽³⁹⁾	38
3.3.3. Predominancia de otros síntomas psiquiátricos ⁽³⁹⁾	39
3.3.4. Algunos síntomas generales de la depresión ⁽³⁹⁾	40
Depresión y calidad de vida.....	40
4. MARCO CONCEPTUAL.....	42
4.1. Objetivos de la investigación	43
4.1.1. Justificación e importancia.....	43
4.1.2. Objetivo General y Específicos.....	44
4.2. Hipótesis y Variables	45
4.2.1. Hipótesis.....	45
4.2.2. Variables	45
4.3. Metodología	48
4.3.1. Ubicación del estudio	48
4.3.2. Población y Muestra Población.....	48
4.3.3. Diseño de la investigación.....	49
4.3.4. Métodos y técnicas de investigación.....	49
4.3.5. Técnicas de recolección de datos	49
4.3.6. Instrumentos de recolección de datos: Cuestionario	

WHOQOL-BREF:.....	50
5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.	54
5.1. Interpretación y análisis de resultados	54
6. CARACTERISTICAS DE SALUD DE LAS ENFERMERAS..	65
Tabla 13.....	66
6.1. Prueba de hipótesis.....	68
Hipótesis 2: Depresión.....	68
Hipótesis 3: Relación entre la calidad de vida y depresión.....	69
6.2. Discusión de los Resultados.....	70
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	72
7.1. Conclusiones	72
7.2. Recomendaciones.....	73
8. FUENTES DE INFORMACIÓN	74



La investigación, su esencia y arte.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la calidad de vida y la intensidad de la depresión en las enfermeras del Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2018. **Materiales y Métodos:** Estudio, descriptivo, correlacional, transversal, con 86 enfermeras, se utilizó el Cuestionario WHOQOL-BREF para la calidad de Vida y el Inventario de depresión de Beck. **Resultados:** Existe relación estadística significativa inversa entre la calidad de vida y la depresión, $t = 58,24$, $p < 0,000$. A mayor calidad de vida menor depresión, y viceversa. El 97.7% de las enfermeras, tienen buena calidad de vida, y 2,3% mala calidad. Según dimensiones se encontró buena calidad de vida física 73.3%; psicológica 96.5%; Social 95.3%; y ambiental 91.9%. El 93% de las enfermeras, no manifiestan estado depresivo, 4.7% tienen perturbaciones en el estado de ánimo, y 2.3% manifiestan estado depresivo intermitente. La edad predominante fue 31 a 40 años (30.2%), 83.7% mujeres, 41.9% casados, 75.6% con 1 a 2 hijos, 62,8% tienen 3 a 10 años de servicio, 18,6% atienden personas discapacitadas a su cargo, 94,2% realizan tareas en el hogar, 9,3% están a dieta para adelgazar, 10,5% presentan Diabetes Mellitus, 8,3% HTA, 4,7% alergias, hipotiroidismo, y obesidad respectivamente. **Conclusiones:** 97.7% de enfermeras tienen buena calidad de vida, 93% no tienen depresión. Existe relación estadística significativa inversa entre la calidad de vida y la depresión.

Palabras clave: Calidad de vida, depresión, calidad de vida y depresión en enfermeras.

ABSTRACT

Objective: To analyze the quality of life and the intensity of depression in the nurses of the Santa María del Socorro Hospital in Ica, 2018. **Materials and Methods:** Descriptive, correlational, cross-sectional study with 86 nurses, the WHOQOL-BREF Questionnaire was used for the quality of life and the Beck Depression Inventory. **Results:** There is a significant inverse statistical relationship between quality of life and depression, $t = 58.24$, $p < 0.000$. A higher quality of life, less depression, and vice versa. 97.7% of nurses have a good quality of life, and 2.3% have poor quality. According to dimensions, good physical life quality was found 73.3%; psychological 96.5%; Social 95.3%; and environmental 91.9%. 93% of the nurses do not show depressive stage, 4.7% have disturbances in the mood, and 2.3% show intermittent depressive state. The predominant age was 31 to 40 years (30.2%), 83.7% women, 41.9% married, 75.6% with 1 to 2 children, 62.8% have 3 to 10 years of service, 18.6% attend people with disabilities at their charge, 94.2% perform tasks at home, 9.3% are on a diet to lose weight, 10.5% have Diabetes Mellitus, 8.3% HTA, 4.7% allergies, hypothyroidism, and obesity respectively. **Conclusions:** 97.7% of nurses have a good quality of life, 93% do not have depression. There is a significant inverse statistical relationship between quality of life and depression.

Key words: Quality of life, depression, quality of life and depression in nurses.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria (1).

El personal de salud, en especial las enfermeras, tienen como principal característica la Gestión del Cuidado, es decir conservar la vida asegurando la satisfacción de las necesidades y es reconocida como el único cuidador permanente en el proceso asistencial. Las afecciones de salud mental en las(los) Enfermeras(os) están apareciendo fuertemente en la actualidad, donde destaca el estrés a la salud física, mental y emocional e incluso puede llevar a la depresión y ansiedad (2).

Los cambios económicos, políticos y tecnológicos de los últimos años han repercutido de manera directa sobre los procesos laborales y el diseño del trabajo, originando riesgos psicosociales que deterioran la salud de los trabajadores afectando su desempeño laboral e incluso, su calidad de vida (3).

Esta situación es frecuente entre los profesionales del sector salud los cuales desarrollan su trabajo entre la vida y la muerte,

generalmente laboran bajo presión, en confinamiento, teniendo un contacto directo con el paciente y sus padecimientos; circunstancias que aumentan el riesgo de padecer algún trastorno de sus estados afectivos emocionales (Abreu, 2011)⁽⁴⁾; esto como consecuencia al involucramiento de sus sentimientos en las enfermedades de otros, lo cual constituye un proceso desgastante que, en algunas ocasiones, puede presentar alteraciones principalmente del humor donde se manifiesta como depresión o irritabilidad y ansiedad⁽⁵⁾.

También según la literatura⁽⁶⁾, el profesional del área de la salud es afectado directamente por convivir y trabajar con enfermedades y los sentimientos en ellas envueltos, que se constituyen en un proceso desgastante y estresante, apareciendo la necesidad de utilizar mecanismos de defensa conscientes o no, para que la enfermedad y el sufrimiento del otro no interfieran en la salud psíquica y física del trabajador. Sin embargo, no siempre, esos mecanismos son eficientes para el enfrentamiento de esas situaciones y el trabajador puede presentar algunas alteraciones principalmente del humor el cual se puede manifestar como depresión o irritabilidad.

En este contexto, el presente estudio evalúa la calidad de vida y depresión en enfermeras que laboran en el Hospital Santa María del Socorro de Ica.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática

La depresión es un trastorno mental frecuente. A nivel internacional se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo. Es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. Afecta más a la mujer que al hombre, y en el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio ⁽⁷⁾.

Este trastorno mental representa una alta carga para la sociedad, convirtiéndose en la tercera causa de carga mundial de morbilidad entre todas las enfermedades. A nivel nacional la depresión es el trastorno mental más frecuente en el país.

Se estima que 1'700,000 personas la padecen en el Perú (6.7% de la población), y aunque el número de casos no deja de crecer en todas las edades, la mayor parte de la población no lo ubica como un problema grave, pese a que sus efectos pueden ir desde un daño neuronal hasta la muerte a causa del suicidio ⁽⁸⁾. En el año 2015 solo en el MINSA, se atendieron a unos 180 mil casos de depresión y en el año 2016, hasta agosto, ya llegamos a los 130 mil y eso es sin contar a todas las personas que no acuden por diversos estigmas ⁽⁹⁾.

La depresión y la ansiedad constituyen los trastornos del estado de ánimo más frecuentes en la población. Enfermería es

considerada una profesión con prevalencias altas de trastornos psicológicos, los cuáles influyen de forma negativa en la salud y la calidad de vida de este colectivo, afectando en el ausentismo laboral y la calidad del trabajo realizado entre otros ⁽¹⁰⁾.

En el campo de la enfermería las tasas de depresión son aún menos prometedoras. Diversos estudios a nivel internacional han considerado a la enfermería como una profesión con altas prevalencias en trastornos depresivos dando lugar a un efecto negativo sobre la fuerza de trabajo en el sector sanitario. Factores como los turnos rotatorios, mal ambiente laboral, bajo nivel de autonomía o estar soltero o divorciado son algunos de los muchos agentes que aumentan el riesgo de padecer depresión ⁽¹¹⁾. Los profesionales sanitarios, y en especial las enfermeras, como respuesta a los cambios de políticas de salud, experimentan una variedad de factores estresantes en el trabajo (turnos rotatorios, tareas repetitivas, menor interacción con el paciente o familia, turnos nocturnos, mal ambiente laboral...). Dichos agentes pueden afectar negativamente el estado de salud de este sector profesional, disminuyendo su rendimiento laboral y afectando a la calidad de los servicios sanitarios proporcionados dando lugar a efectos negativos para la salud de los pacientes ⁽¹²⁾.

Esta situación tan estresante a largo plazo aumenta el riesgo de padecer algún trastorno afectivo donde se ve principalmente alterado el humor, como es el caso de la depresión ⁽¹³⁾.

Por lo tanto, la profesión de enfermería se caracteriza por el manejo de situaciones críticas, que precisa de un desempeño eficiente y efectivo, que conlleva a una gran responsabilidad y por ende presiones, conflictos y cambios continuos.

Es por ello que la existencia de depresión y/o ansiedad en las enfermeras que atiende al paciente hospitalizado, representa un problema para la institución de salud, pues se reflejará en: un incremento de los daños laborales y económicos derivados de la presencia de trastornos mentales en estos profesionales; para la sociedad, se reflejaría en una mala calidad en el servicio y atención de las necesidades del paciente y por supuesto, para los propios trabajadores representaría un sufrimiento que afectaría en su calidad de vida, desempeño personal y laboral⁽¹⁴⁾.

En el Hospital Santa María del Socorro, se ha observado en algunos casos, que las enfermeras manifiestan signos de ansiedad y depresión en alguna medida, como producto de la naturaleza de la profesión y por la concurrencia de múltiples factores de riesgo presentes en la vida cotidiana y laboral; lo cual estaría afectando a la calidad de vida de las mismas, y se ve reflejado en la calidad de atención que los pacientes reciben en los diferentes servicios y especialidades del hospital. Considerando esta problemática, en el presente estudio se evalúa la relación entre la calidad de vida y la depresión en las enfermeras del Hospital Santa María del Socorro de Ica.

1.2. Formulación del problema

Problema Principal

¿Cuál es la calidad de vida y la intensidad de la depresión en las enfermeras que laboran en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el año 2018?

Problemas Específicos

P.E.1. ¿Cuál es la calidad de vida de las enfermeras que laboran en el Hospital Santa María del Socorro de Ica?

P.E.2. ¿Cuál es la intensidad de la depresión de las enfermeras que laboran en el Hospital Santa María del Socorro de Ica?

2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.2. Antecedentes del problema

Antecedentes Internacionales

La investigación, su esencia y arte
Quintana M; Paravic T; y Saenz K. (2016) ⁽¹⁵⁾ Llevo a cabo un estudio para determinar el nivel de calidad de vida en el trabajo del personal de enfermería de instituciones públicas en Hermosillo, Sonora, México, investigación cuantitativa, correlacional, transversal y comparativa. Muestreo probabilístico, de 345 enfermeras, datos recolectados en 2013, a través de instrumentos que recogen datos biososiodemográficos; creado por las autorasy CVT -GOHISALO con

Alpha de Cronbach de 0.95. El promedio de calidad de vida en el trabajo global del personal de enfermería fue de 207.31 (DE 41.74), que indica un nivel medio. La calidad de vida en el trabajo fue mayor en las personas con contrato indefinido ($p=0.007$), que no realizan otra actividad remunerada ($p=0.046$), con diferencias en la calidad de vida en el trabajo, según la institución en donde labora ($p=0.001$). Conclusión: el personal de enfermería se percibe con mediana calidad de vida en el trabajo, la cual está determinada de forma estadísticamente significativa por el tipo de contrato, realizar o no otra actividad remunerada y por la institución donde labora.

Vargas D; y Vieira A. (2011) (16), realizaron un estudio con el objetivo de estimar la prevalencia de depresión, en trabajadores de enfermería de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de hospitales de una ciudad del Noroeste del estado de Sao Paulo, analizando su asociación con las características sociodemográficas de los participantes. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck a una muestra de 67 trabajadores de enfermería de tres hospitales generales; se observó una prevalencia de 28,4% de depresión. El análisis por el modelo múltiple demostró asociación significativa entre depresión y estado civil (OR=1,52), trabajo nocturno (OR=1,46) y doble jornada (OR=2,11), fueron significativos también los porcentajes de trabajadores que relataron desánimo, tristeza y desesperanza. Se concluye que es significativa la prevalencia de depresión y que se debe dar mayor atención a ese problema enfrentado por los trabajadores de esas

unidades. Se sugiere la realización de otros estudios buscando ampliar el conocimiento sobre la temática, los cuales pueden respaldar estrategias que objetiven asegurar, al trabajador de enfermería de las UTIs, atención a sus necesidades de salud física y psíquica.

García B; Maldonado S; y Ramírez M. (2014) (17) en el estudio: Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) aplicado al personal de enfermería del sector salud público de México, investigación descriptivo- correlacional, transversal con diseño no experimental, identificaron la existencia de diferencias significativas entre el género y estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) de los trabajadores de una institución del sector salud pública ubicada en la ciudad de Ensenada perteneciente al estado de Baja California situado al noroeste de México. Se trabajó con una muestra por conveniencia de 130 empleados; en la recolección de los datos se utilizó la escala DASS-21. Los resultados identificaron los estados afectivos emocionales dentro de un rango normal y que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al género; además, se encontraron correlaciones fuertes, positivas y significativas entre las subescalas del DASS-21.

Quintana M; Paravic T; y Sáez K. (2015) (18) en el estudio: Calidad de vida en el trabajo percibida según niveles de atención y categorías de enfermeras, determinaron la calidad de vida en el trabajo percibida, según niveles de atención y categorías, de enfermeras de instituciones públicas en una ciudad del noroeste de México. El

Diseño fue cuantitativo, correlacional, transversal y comparativo con una muestra de 345 personas, entre 2012- 2013. En instrumento fue evaluado mediante Alpha de Cronbach 0.952. Según nivel de atención la media más elevada corresponde al primer nivel (218.07 DE=42.73), seguido del tercero (208.99 DE= 39.33) y por último el segundo (196.06 DE=42.27) ($F=6.854$, $p=0.001$). Según categoría de enfermeras, la media más elevada se encontró en las enfermeras profesionales de primer nivel de atención (218.26 DE=45.44) y la media más baja en enfermeras profesionales de segundo nivel de atención (189.15 DE=44.82) ($X^2=16.387$, $p=0.006$).

Las dimensiones de: satisfacción por el trabajo, bienestar logrado a través del trabajo, desarrollo personal del trabajador y administración del tiempo libre, mostraron diferencias significativas según nivel de atención ($p<0.05$). Administración del tiempo libre, mostró diferencias significativas según categoría de enfermeras ($p<0.05$). Conclusión: El personal de enfermería, independientemente del nivel de atención y categoría, se encuentra medianamente satisfecho con su calidad de vida en el trabajo (207.32 DE=41.74), excepto las enfermeras profesionales del segundo nivel de atención que tienen una baja percepción de su calidad de vida en el trabajo.

Acurio H; y Cordoba M. (2015) ⁽¹⁹⁾ en UCI del Hospital Eugenio Espejode la ciudad de Quito. Entrevistaron a 43 enfermeras a quienes se les aplicó la escala de Goldberg con 18 ítems. Se demostró

que más de la mitad de las encuestadas tuvieron scores positivos para ansiedad o depresión así: para ansiedad fue positiva en 22 enfermeras (51.2%) y para depresión 23 (53.5%) enfermeras. Concluyeron que las enfermeras que laboran en un área crítica están en riesgo de presentar el Síndrome de Burnout que se asocia a la ansiedad y depresión tanto en enfermeras con una experiencia laboral amplia, especialistas y no especialistas son vulnerables para desarrollar la sintomatología de este síndrome. A pesar de tener conocimiento acerca del manejo del paciente crítico, el trabajo en esta unidad, exige profesionales altamente capacitados, sin embargo, suceden múltiples hechos que pueden generar estrés y por lo tanto afectar el rendimiento y la capacidad laboral del individuo influyendo en la calidad de atención.

Assalvi K; Aparecida D; y Silva A. (2010) ⁽²⁰⁾ llevaron a cabo un estudio con el objetivo de evaluar la calidad de vida (CV) y depresión, y relacionarlos a las características sociodemográficas de técnicos y auxiliares de enfermería de un hospital privado. Se trata de un estudio epidemiológico y transversal. La cantidad de técnicos y auxiliares que participaron de este estudio fue de 266. Los instrumentos aplicados fueron el WHOQOL-bref y el inventario de depresión de Beck. La evaluación de la calidad de vida de los técnicos y auxiliares de enfermería presentó valores próximos a aquellos encontrados en individuos con patologías crónicas. La presencia de problemas de salud lleva a un mayor índice de depresión y menor puntaje de CV en el aspecto general y psicológico; también se

correlacionaron a la actividad laboral. Los trabajadores del período nocturno presentaron puntajes más elevados de depresión. Conocer los factores desencadenantes de los problemas de salud y de alteración de la calidad de vida, relacionados a las actividades profesionales, puede instrumentalizar la búsqueda de alternativas para sanar o minimizar sus efectos.

Antecedentes Nacionales

Clemente S. (2016) (21) en el estudio: Estrés, ansiedad y depresión en profesionales de enfermería que brindan atención primaria de salud del distrito de Amarilis – Huánuco, determinaron el nivel de estrés, ansiedad y depresión que presentan los profesionales de enfermería que brindan atención primaria de salud, estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal.

La población muestral estuvo conformada por 36 profesionales de enfermería de Los Centros y Puestos de salud que pertenecen a la Micro Red Amarilis durante el periodo 2015.

En la recolección de datos se empleó un cuestionario sociodemográfico, el Inventario de Ansiedad de Beck, el Test de Depresión de Beck y el Cuestionario de Estrés de Karasek. Para el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba Chi cuadrado. Los resultados señalan que 83,3% (30 enfermeros) ($X^2=16,0$; $P\leq 0,00$) presentaron estrés moderado, el 66% (24 enfermeros) ($X^2=19,5$; $P\leq 0,00$) manifestaron ansiedad mínima y 33,3% (12 enfermeros)

($X^2=20,2$; $P\leq 0,00$) revelaron depresión leve. Los resultados son significativos estadísticamente.

En conclusión, el nivel de estrés que predomina en los profesionales de enfermería es el estrés Moderado, el nivel de ansiedad que predomina es la ansiedad mínima, nivel de depresión que predomina es la no depresión el, los niveles de estrés, ansiedad y depresión valorados en el estudio varían.

Grimaldo M. (2011) (22) identifico y comparo los niveles de calidad de vida en los dominios bienestar económico, amigos, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, según sexo e ingreso económico, en una muestra conformada por 198 profesionales de la salud, de los cuales el 73,2% eran mujeres y 26,8% varones, estudiantes de una escuela de postgrado de la ciudad de Lima.

El instrumento utilizado fue la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes (1982). Los resultados se expresaron a partir de medias, observándose que los participantes se ubicaron en un nivel de calidad de vida buena en todos los dominios evaluados.

Para examinar las diferencias, se aplicó un MANOVA, encontrando que la interacción entre sexo e ingreso no fue estadísticamente significativa. Se aplicó un ANOVA univariado y se halló que el efecto principal del ingreso económico resultó ser estadísticamente significativo, de tal manera que los que tenían más

ingresos económicos percibían que su calidad de vida en el dominio bienestar económico era mejor. En el dominio pareja, las puntuaciones más bajas ocurrieron en los que obtenían más bajos ingresos económicos.

3. MARCO TEÓRICO

a) Calidad de vida Definición

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. Este término ha evolucionado desde una definición conceptual hasta una serie de escalas que permiten medir la percepción general de salud.

Tanto la vitalidad, como el dolor y la discapacidad, se dejan influir por las experiencias personales y por las expectativas de una persona. Considerando que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud.

En este sentido, la calidad de vida no debe evaluarse por el equipo de salud, ni extrapolarse de un paciente a otro. Se han observado diferentes interpretaciones entre el paciente, la familia, y el equipo de salud, así como discrepancias en su evaluación.

En este contexto, es el paciente quien debe emitir el juicio perceptivo de calidad de vida. Se ha evaluado calidad de vida en diversos grupos con diferentes padecimientos y con distintos instrumentos (23).

La utilización del concepto de Calidad de Vida (CV) puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras (Campbell, 1981⁽²⁴⁾; Meeberg, 1993⁽²⁵⁾).

Su uso extendido es a partir de los sesentas, cuando los científicos sociales inician investigaciones en CV recolectando información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes (Bognar, 2005) ⁽²⁶⁾, dado que sólo eran capaces de explicar un 15% de la varianza en la CV individual.

La investigación, su esencia y arte.
El carácter controversial del concepto se ha traducido en amplios debates de cuyo análisis es posible obtener luces de lo que es la Calidad de Vida:

1. **Unidimensionalidad V/s Multidimensionalidad:** En lo más primario, es posible diferenciar dos aproximaciones básicas: la que concibe la calidad de vida como una entidad unitaria, y la que la

considera como un constructo compuesto por una serie de dominios. Esta controversia ha sido ampliamente superada en la literatura. Prácticamente existe consenso en la condición multidimensional de la calidad de vida, pues cualquier reducción de la calidad de vida a un concepto monofactorial de salud, ingreso o posición social resulta inadmisibles. “La vida es antológicamente multidimensional y la evaluación de su calidad habrá de serlo también” (Fernández Ballesteros, 1992) (27). Lo anterior implica que, así como consideramos factores personales (la salud, las actividades de ocio, la satisfacción con la vida, las relaciones sociales y las habilidades funcionales) también habremos de considerar factores socio ambientales, externos, ya que la salud está íntimamente asociada con los servicios sociales existentes y disponibles, las actividades de ocio con la calidad del ambiente, la satisfacción con factores culturales, las relaciones sociales con el apoyo social y las habilidades funcionales con las condiciones económicas de los individuos(28).

2. **Carácter subjetivo v/s carácter objetivo:** Otro tema de debate se refiere a al carácter subjetivo u objetivo de la calidad de vida, al respecto existe consenso en identificar cuatro modelos conceptuales de calidad de vida, según los cuales a) se define la calidad de las condiciones de vida de una persona, b) como la satisfacción experimentada por la persona en dichas condiciones vitales c) como la combinación de componentes objetivos y

subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, finalmente d) como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (Gómez-vela y Sabeh)⁽²⁹⁾. Dentro de esta controversia, se ubican las críticas realizadas a la definición de calidad de vida que la OMS entrega en 1993 en un intento de lograr un consenso internacional en torno al concepto y a su forma de medirlo, definiéndolo como: “la percepción del individuo sobre su posición en la vida en el contexto de un sistema de valores en el que vive y en relación con sus aspiraciones, expectativas, valoraciones e intereses.”

3. **Conceptualización nomotémica v/s conceptualización ideográfica:** Otra cuestión implicada en la definición conceptual de calidad de vida se refiere a si es deseable establecer un concepto nomotético, o general, de calidad de vida que sea aplicable a todos los individuos o, si más bien se trata de una construcción ideográfica, es decir que debería ser el propio sujeto quien definiera el concepto.
4. “Dado que la calidad de vida se refiere a los aspectos subjetivos, algunos autores mantienen que solo el sujeto puede decidir los elementos que determinan la calidad de su vida (...) dado que las necesidades humanas básicas son bastante generales es bastante improbable que los componentes de calidad de vida señalados por

dos seres humanos diferentes, difieran en gran medida; lo que es probable es que ciertos componentes tengan más peso que otros en determinados momentos o en determinadas situaciones”⁽³⁰⁾.

3.1. Dimensiones de la calidad de vida

1. Salud física (31)

Hoy día existe una estrecha relación entre Salud-Actividad Física- Calidad de Vida. Tradicionalmente, la salud ha estado asociada con la ausencia de enfermedades, en cambio, en la actualidad, la OMS propone un concepto de **Salud** más amplio y positivo, al definirla como: “el estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no la mera ausencia de enfermedades”.

Esta definición aporta una concepción integral de la salud, resaltando el papel responsable y autónomo que se le adjudica al individuo en el mantenimiento de su salud.

Más acorde con la práctica de actividad física aparece el concepto de “**Salud Dinámica**”, que habla de:

- Un cuerpo libre de enfermedades.
- Unos órganos desarrollados adecuadamente.
- Una mente libre de tensiones y preocupaciones.

Según Devís (1995)⁽³²⁾, la **Calidad de Vida** es: “una medida

compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe el grupo o individuo, además de felicidad, satisfacción y recompensa”.

Finalmente, vamos a señalar aquellos Factores que influyen sobre la salud y la Calidad de Vida de una persona:

3.1.1. Factores externos

- FÍSICOS: las radiaciones solares, el ruido excesivo, etc.
- QUÍMICOS: medicamentos, sustancias tóxicas, etc.
- BIOLÓGICOS: los microorganismos (bacterias, virus, hongos) que provocan enfermedades infecciosas.⁹

3.1.2. Factores internos

- HERENCIA GENETICA: predispone a padecer algunas enfermedades que son hereditarias, es decir, que pasan de una generación a otra (Ej: Diabetes, Hemofilia).
- EDAD: predispone a padecer unas u otras enfermedades (Ej: arteriosclerosis en ancianos).
- SEXO: hay enfermedades que son más propensas a padecerla la mujer y otras el hombre (Ej: la litiasis biliar es más frecuente en mujeres y la úlcera gastroduodenal en hombres).
- HABITOS DEL INDIVIDUO: el tabaco, el alcohol, la práctica deportiva, el tipo de alimentación, etc. (31).

2. Salud mental

Si bien esta definición refiere que la Salud Mental es fundamental en el bienestar de los sujetos y de las comunidades, lamentablemente en varios países no se le ha otorgado a ésta y a los trastornos mentales la misma relevancia que a la Salud física, evidenciándose un bajo nivel de Salud Mental en la población en general (OMS, 2004) ⁽³³⁾. Por lo cual, la Organización Panamericana de la Salud, instala a la Salud Mental dentro de las principales prioridades en el ámbito de la Salud Pública, destacando al respecto que debe ser un tema de preocupación para todos los países y de interés para todas las personas (OPS, 2012) ⁽³⁴⁾, y no sólo para un segmento reducido o aislado que se ve afectado por algún problema de Salud Mental (OMS, 2004).

Debido a que la Salud Mental de un individuo afecta a la sociedad en su totalidad; se genera cotidianamente en las casas, escuelas, lugares de trabajo y actividades recreativas; y, es un recurso relevante para los individuos, familias, comunidades y naciones; pues al existir un buen nivel de Salud Mental existe la posibilidad de fomentar la competencia de los individuos y comunidades, y de permitirles alcanzar sus propios objetivos; contribuyendo a todos los aspectos de la vida humana: emocional, social, intelectual y espiritual (MINSAL, 2000) ⁽³⁵⁾. El nivel de Salud Mental de un individuo, se puede representar como un continuo entre dos polos: bajo y alto nivel de Salud Mental.

Dentro de los factores que influyen en éste, es importante considerar que la presencia de una enfermedad mental no es la única variable que lo determina, ya que, aún si una persona presenta un 10 trastorno mental, ésta puede alcanzar un buen nivel de Salud Mental, siempre cuando cuente con otros factores facilitadores o potenciadores de su bienestar como son las relaciones familiares, el apoyo social, la inserción escolar o laboral, entre otros (35).

3. Relaciones sociales

En nuestro día a día estamos continuamente en contacto con otras personas. Intercambiamos impresiones, opiniones o, a veces, meras conversaciones que no tienen mayor sentido que el hecho de relacionarnos con otros humanos. Partiendo del hecho de que las relaciones interpersonales son tan importantes en nuestra vida, es interesante saber a qué se debe esa búsqueda de comunicación con los otros (36).

El hecho de **relacionarnos socialmente está directamente ligado a nuestra calidad de vida**, y, por tanto, a nuestra propia **felicidad** entendida en términos reales como algo que fluctúa a lo largo de nuestra vida. Detrás de una persona feliz existen elementos generales, lo cual no quiere decir que sean los únicos que nos aporten bienestar emocional, pero sí nos pueden dar una pista de cómo alcanzar cierta parte de nuestra satisfacción en nuestras vidas. Estos elementos comunes a los que nos referimos son:

- **Una buena autoestima**, conociendo y aceptando nuestras capacidades y limitaciones, lo cual nos acerca más a los demás
- **Un sentimiento de control en nuestra vida**, haciéndonos sentir autores de nuestras propias elecciones, acertando y equivocándonos algunas veces, para luego modificarlas a nuestro antojo y bajo nuestro propio criterio.
- **Una visión optimista y comunicativa**, a cerca de nosotros mismos, los demás y también del mundo que nos rodea. Esta característica nos acerca a nuestros iguales en la medida en que nuestra confianza se ve optimizada respecto a nosotros mismos, pero también respecto a todos aquellos que nos rodean.
- **Una buena capacidad de adaptación a los cambios**, a entender que no todo tiene que ser como nosotros queremos, generando así un pensamiento flexible y una buena capacidad de afrontamiento para superar aquellos obstáculos que nos rodean (36).

4. Ambiente

La investigación, su esencia y arte.

El ambiente es todo lo que rodea a las personas, es decir, “el sistema de elementos abióticos, bióticos y socioeconómicos con que interactúa el hombre, a la vez que se adapta al mismo, lo transforma y lo utiliza para satisfacer sus necesidades” (37).

El ambiente es un fenómeno de alta complejidad, y las relaciones de éste con la salud y la calidad de vida de las personas han

adquirido una trascendencia cada vez mayor. La relación del hombre con la Naturaleza y del Ambiente con la Salud también incide directamente sobre la calidad de vida del hombre.

Actualmente el concepto de Ecología y Ambiente con relación a la Salud y Calidad de Vida se ha hecho significativamente más complejo, incorporando relaciones tales como los ingresos reducidos, la educación limitada, el empleo incierto, la desocupación estructural, la vivienda inadecuada, el hacinamiento, la falta de instalaciones sanitarias básicas, la promiscuidad, la exposición a diferentes organismos patógenos y contaminantes, entre otros (37).

b) Cuestionario WHOQOL-BREF para la evaluación de la calidad de vida

El WHOQOL ha sido desarrollado de manera transcultural centrándose en la calidad de vida percibida por la persona. Proporciona un perfil de calidad de vida, dando una puntuación global de calidad de vida, de las áreas y de las facetas que lo componen. Fue diseñado para ser usado tanto en la población general como en pacientes (38).

Base conceptual

Las preguntas que contiene el WHOQOL son autoevaluaciones de la calidad de vida de la persona. Las preguntas han sido obtenidas a partir de grupos de opinión compuestos por tres

tipos de poblaciones: personas en contacto con los servicios sanitarios (pacientes), personal sanitario y personas de la población general. El WHOQOL fue desarrollado de forma paralela en 15 países y en la actualidad existe en más de treinta lenguas en casi 40 países.

Después del análisis de unas 2000 preguntas generadas en los Centros iniciales, se desarrolló un primer instrumento de trabajo que contenía 236 preguntas; cubría seis áreas y 29 facetas de calidad de vida. A través de los trabajos de campo y el análisis de éstos, se desarrollaron las dos versiones existentes del WHOQOL.

Descripción

El WHOQOL- BREF contiene un total de 26 preguntas, y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente (38).

c) Depresión

Definición

Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida del interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo presentan ansiedad y síntomas somáticos variados. La

depresión es un sentimiento de tristeza intenso, que puede producirse tras una pérdida reciente y otro hecho triste, pero es desproporcionado con respecto a la magnitud del hecho y persiste más allá de un período justificado. Se estima que el 10% de la gente que consulta al médico pensando que tiene un problema físico, tiene en realidad una depresión.

El uso de este término puede extenderse desde una descripción de un estado de duelo, hasta profundos sentimientos de futilidad y desesperación suicida. En su forma de síndrome integral, la depresión clínica se manifiesta como un trastorno depresivo mayor, con una evaluación episódica y grados variables de manifestaciones residuales entre episodios (39).

Epidemiología

Los trastornos depresivos son comunes. La depresión es dos veces más común en las mujeres que en los hombres. El riesgo de padecer una depresión grave incrementa 1.5 a 3.0 veces si la enfermedad la padecen parientes en primer grado, en comparación con aquellos cuyos familiares en primer grado no la padecen (39).

Sorpresivamente, existe una pequeña concordancia en la asociación con la edad. Existen muchas personas que aun conociendo los criterios de diagnóstico para la depresión no solicitan el tratamiento. Recientes estudios sugieren que las altas tasas de incidencia de la depresión ocurren entre adultos jóvenes (12 a 24 años), y las tasas bajas ocurren entre personas de 65 años de edad o más. Comienza

entre los 20-50 años y tiene mayor probabilidad de sufrir depresión aquellos que nacieron en las últimas décadas del siglo pasado, posiblemente debido a la influencia del medio externo⁽³⁹⁾.

Los estudios epidemiológicos en los Estados Unidos han dado ya sus primeros resultados; la depresión tiene una incidencia del 5-6% de la población, con una prevalencia del 5-11% al largo de la vida. La probabilidad de que se presente es dos veces mayor en mujeres que en hombres, siendo el pico habitual entre los 20 y los 40 años. La morbilidad es similar a la de la angina de pecho o de la enfermedad aterosclerótica, y más debilitante socialmente que la diabetes o la artritis; además se calcula que solo el 33% de los pacientes se encuentran en tratamiento⁽³⁹⁾.

Los intentos de suicidio afectan al 10% de los pacientes deprimidos; el 15% de las personas gravemente deprimidas terminan suicidándose y al menos el 66% de todos los suicidas que han tenido depresión previa. Los estudios muestran que un 21.3% de las mujeres y un 13.7% de los hombres experimentan un desorden de depresión mayor y que el 8% de las mujeres y el 4.8% de los hombres experimentan distimia.

Por otra parte, los estudios sobre la influencia de las diferencias de sexo en cuanto a la cronicidad y recurrencia de los desórdenes de depresión mayor han mostrado resultados inconsistentes. Sin embargo, una serie de estudios longitudinales sugieren que las mujeres

pueden ser más propensas a sufrir un curso crónico o recurrente de esta enfermedad.

De hecho, muchos estudios con pacientes que padecen depresión crónica o doble, han discutido el gran número de mujeres que reciben tratamiento previo para la depresión con medicamentos psicotrópicos y/o psicoterapia (39).

3.2. Tipos de depresión

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico (40).

- **El trastorno depresivo grave**, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.
- **El trastorno bipolar**, también llamado enfermedad maniaco depresiva, no es tan común como la depresión grave o la distimia. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo que van desde estados de ánimo muy elevado (por ejemplo, manía) a estados de ánimo muy bajo (por ejemplo, depresión).

- **El trastorno distímico**, también llamado distimia, se caracteriza por síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona, pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas. Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión. Estas incluyen: Depresión psicótica, que ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios.
- **Depresión posparto**, la cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz (41).
- **El trastorno afectivo estacional**, se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. La depresión generalmente desaparece durante la primavera y el verano.

El trastorno afectivo estacional puede tratarse eficazmente

con terapia de luz, pero aproximadamente el 50% de las personas con trastorno afectivo estacional no responden solamente a la terapia de luz.

Los medicamentos antidepresivos y la psicoterapia pueden reducir los síntomas del trastorno afectivo estacional, ya sea de forma independiente o combinados con la terapia de luz⁽⁴²⁾.

3.3. Cuadro clínico de la depresión

El estado de ánimo típico es deprimido, irritable y/o ansioso. El paciente puede mostrar un aspecto patético, con el ceño fruncido, las comisuras de los labios hacia abajo, evitando mirar a los ojos y hablando como monosílabos o callado.

El estado de ánimo enfermizo se acompaña de preocupaciones por culpa, ideas de autodenigración, disminución de la capacidad para concentrarse, indecisión, pérdida de interés por las actividades habituales, retraimiento social, desesperanza, desesperación y pensamientos recurrentes de muerte y suicidio; también son frecuentes las alteraciones del sueño. En algunos casos, la profundidad del estado de ánimo alterado es tal que el paciente no puede llorar y se queja de imposibilidad para expresar las emociones, incluyendo pena, alegría y placer, además de un sentimiento de que el mundo se ha vuelto descolorido y desvitalizado. Para estos pacientes ser capaz de llorar, representa un signo de mejoría⁽⁴³⁾.

La **melancolía, llamada antes depresión endógena**, constituye un cuadro clínico cualitativamente distinto, caracterizado por una lentitud de pensamiento y actividad notable o agitación psicomotriz (inquietud, retorcerse las manos, habla atropellada), pérdida de peso, culpabilidad irracional y pérdida de capacidad para experimentar placer. El estado de ánimo y la actividad varían a lo largo del día, con su punto más bajo por la mañana. La mayoría de los pacientes melancólicos se quejan de tener dificultad para conciliar el sueño, se despiertan muchas veces y sufren insomnio a mitad de la noche o por la mañana muy temprano. El deseo sexual falta o está disminuido a menudo. Puede haber también amenorrea, anorexia y pérdida de peso, con alteraciones secundarias del equilibrio electrolítico (43).

En la **depresión atípica** los signos vegetativos dominan el cuadro clínico, incluyendo síntomas de ansiedad y fobia, empeoramiento nocturno, insomnio inicial, hipersomnia que a menudo se extiende a lo largo del día e hiperfagia con aumento de peso. Los pacientes que sufren este tipo de depresión tienen un mejor estado de ánimo ante acontecimientos positivos, pero a menudo se derrumba ante las menores adversidades, cayendo en una posición paralizante, por eso se dice que la depresión atípica y los episodios bipolares, se traslapan (43).

3.3.1. Predominio depresivo

Se presenta un ánimo deprimido y pérdida de interés en casi

todas las cosas y actividades. Se manifiesta por tristeza, vacío, llanto, sentimientos de minusvalía, culpa exagerada, pensamientos de muerte, intentos de suicidio, abandono o disminución de las actividades placenteras, disminución del placer sexual, entre otras. También son frecuentes en este subgrupo el insomnio, la hipersomnia, anorexia o la hiperfagia, fatiga, cansancio, constipación, pérdida o disminución de la libido, trastornos menstruales; además el ciclo diurno puede estar invertido y pueden existir dolores en cualquier parte del cuerpo, siendo lo más frecuente la cefalea (39).

3.3.2. Predominio somático (39)

Aunque cualquier síntoma somático puede estar presente en el paciente deprimido, los más comunes son los trastornos de homeostasis, neurológicos y autonómicos.

- Homeostasis general: Se presenta pérdida de peso (sin causa orgánica definida), así como insomnio, somnolencia diurna y fatigabilidad.
- Dolor: La asociación entre depresión y dolor está bien establecida. De hecho, es el síntoma inicial en el 35% de los pacientes. Los dolores más comunes son: articular, del tórax, de los miembros, a nivel de abdomen y neuralgias. Los pacientes refieren cefalea como “peso en la cabeza, una banda que aprieta, y tirantez en la nuca”.

- **Neurológicos:** El vértigo es uno de los síntomas más frecuentes y es definido como un mareo una sensación de “que se va a caer” y una marcha insegura. Otros síntomas frecuentes son tinnitus visión defectuosa, fallas en la memoria y en la concentración. Con estos síntomas, debe hacerse diagnóstico diferencial de demencia senil, en paciente geriátrico.
- **Autonómicos:** Palpitaciones, disnea, polaquiuria, sequedad de boca, constipación, visión borrosa y “sofocos”.
- **Otros:** Se puede presentar una sensación de “tener una bola en la garganta”., dispepsia, prurito, menstruaciones irregulares (39).

3.3.3. Predominancia de otros síntomas psiquiátricos (39).

- **Ansiedad:** Se experimenta como una agonía, sudoración en las manos, palpitaciones, ahogo, sequedad de boca, bolo esofágico, sensación de vacío en el estómago y opresión en el pecho.
- **Alcoholismo y farmacodependencia:** Aunque es más común que este cuadro se presente en la depresión secundaria, se puede dar también en la primaria.
- **Hipocondriasis:** Suele presentarse en los pacientes deprimidos. En un estudio se encontró que el 21% de los pacientes hipocondriacos también eran depresivos.

3.3.4. Algunos síntomas generales de la depresión (39).

- Sensación de tristeza o vacío; humor depresivo la mayor parte de tiempo
- Pérdida de interés o de placer en la mayoría de actividades
- Dificultad para dormir o adormecimiento excesivo
- Pérdida o aumento de peso muy notorio en un lapso de 1 mes
- Pérdida de concentración
- Ideas obsesivas de muerte o suicidio, pero sin plan de cometer el acto
- Agitación física o mental
- Constipación
- Fatiga o pérdida de energía
- Pérdida del apetito
- Cefaleas recurrentes
- Diminución de la lívido
- Dificultad para tomar decisiones

Depresión y calidad de vida.

La depresión, es considerada como un indicador que está asociada al deterioro cognitivo y a la fragilidad del organismo,

caracterizado por sensaciones de tristeza e inutilidad, tendencia al llanto, ánimo abatido, y apatía.

Además, se caracteriza por manifestaciones físicas como: dolores corporales, cefaleas, tensión muscular, falta de apetito etc., la mayoría de estas reacciones también pueden ser ocasionadas por la presencia de enfermedades agudas o crónicas, por síntomas de la soledad, propia de la edad, y el género, por las condiciones y estilos de su propia vida (44).

Generalmente sus consecuencias negativas sobre la comorbilidad, en la disminución de su interés en el desarrollo de las capacidades funcionales, en el desempeño de las actividades cotidianas, en la calidad de vida en el desenvolvimiento social y familiar (45).

Desde esta postura cognitivo-conductual se ha considerado a la ansiedad y depresión como indicadores psicológicos que contribuyen en la disminución de la calidad de vida, mediante una inadecuada percepción y valoración que hace el adulto mayor de su calidad de vida, específicamente en lo relacionado con el área física, psicológica y de autoestima en la estructura funcional dentro de la familia y la sociedad (44).

4. MARCO CONCEPTUAL

- Calidad de vida

La calidad de vida es un concepto referido al bienestar en todas las áreas del ser humano, respondiendo a la satisfacción de las necesidades físicas, psicológicas, relaciones sociales, y medioambientales.

- Depresión

Grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida del interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida.

- Enfermera

Profesional egresada de universidad en la carrera de enfermería, con conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes necesarias para su desempeño profesional en cualquier nivel del sistema de atención de salud donde le corresponda actuar, con una formación científico - humanista que le permite comprender el proceso salud-enfermedad en una dimensión biológica-social, e intervenir conjuntamente con la comunidad y otros profesionales en la resolución de problemas individuales y colectivos, a través de una acción integral en lo referente al fomento, restitución y rehabilitación de la salud.

4.1. Objetivos de la investigación

4.1.1. Justificación e importancia

El hospital Santa María del Socorro de Ica es uno de los principales hospitales del MINSA de la Región Ica, orientado a la atención de salud de la población urbana y rural de bajos recursos económicos. Al servicio de maternidad concurren las madres después del parto con sus hijos recién nacidos, los cuales reciben atención de enfermería hasta que salgan de alta.

La investigación proporciona información a la institución, que permitirá conocer las características individuales de la atención de enfermería que reciben los recién nacidos, a partir de la percepción de las madres de familia.

Los resultados beneficiarán al hospital, al personal de enfermería, a las madres de familia y sus recién nacidos, permitirá conocer la realidad en cuanto a la calidad de atención de enfermería, a partir de la cual se plantearán mejoras para lograr la calidad del servicio. *investigación, su esencia y arte.*

También servirá como referencia para que los investigadores realicen réplicas de trabajos de investigación científica.

También el presente estudio permitirá información para que sirva como referencia en la construcción de indicadores para la gestión hospitalaria, sin costo para la institución toda vez que el financiamiento

de la investigación corre por cuenta de las investigadoras y del FEDU que otorga la Universidad.

4.1.2. Objetivo General y Específicos

Objetivo General

Analizar la calidad de vida y la intensidad de la depresión en las enfermeras que laboran en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2018

Objetivos Específicos

- Analizar la calidad de vida en las enfermeras que laboran en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2018 en las dimensiones: físico, psicológico, relaciones sociales, medio ambiente y calidad de vida general.
- Determinar la intensidad de la depresión en las enfermeras que laboran en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2018 según las actitudes y síntomas depresivos.
- Asociar las características sociodemográficas con la calidad de vida y la depresión en las enfermeras que laboran en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2018.
- Identificar las características sociodemográficas de las enfermeras que laboran en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2018.

4.2. Hipótesis y Variables

4.2.1. Hipótesis

Hipótesis 1

La calidad de vida de las enfermeras que laboran en Hospital Santa María del Socorro de Ica, es buena.

Hipótesis 2

La intensidad de la depresión de las enfermeras que laboran en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, es alta.

Hipótesis 3

Existe relación estadística significativa entre la calidad de vida y la depresión.

4.2.2. Variables

Variable independiente: Calidad de vida

Variable dependiente: Depresión

Variable interviniente: Características sociodemográficas: Edad, sexo, estado civil, número de miembros en la familia, número de hijos, horas que duerme, ingreso económico familiar, servicio del hospital donde labora, horario de trabajo, número de empleos, años de servicio, personas discapacitadas a su cargo, realiza tareas en el hogar y situación laboral.

Variables	Definición Operacional	Indicadores	Índice	Instrumento
<p>Dependiente:</p> <p>Depresión</p>	<p>Intensidad de la patología determinada por las manifestaciones depresivas en las enfermeras</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tristeza, 2. Pesimismo, 3. Sensación de fracaso, 4. Falta o pérdida de satisfacción, 5. Sentimiento de culpa, 6. Sensación de punición, 7. Auto-depreciación, 8. Autoacusación, 9. Ideas suicidas, 10. Crisis de llanto, 11. Irritabilidad, 12. Aislamiento o retracción social, 13. Indecisión, 14. Distorsión de la imagen corporal, 15. Inhibición para el trabajo, 16. Disturbios del sueño, 17. Fatiga, pérdida de apetito, 18. Pérdida de peso, 19. Preocupación somática, 20. Disminución de la libido. 	<p>1-10 Normal.</p> <p>11-16 Leve</p> <p>17-20 Intermitente</p> <p>21-30 Moderada.</p> <p>31-40 Grave.</p> <p>+40 Extrema.</p>	<p>Cuestionario aplicado a las enfermeras del Hospital Santa María del Socorro de Ica</p>



4.3. Metodología

4.3.1. Ubicación del estudio

El hospital Santa María del Socorro, está localizado en la calle Castrovirreyna N° 759, de la localidad de Ica, cuenta con una infraestructura moderna, bien implementada. Los usuarios de los diferentes servicios, mayormente pertenecen a los sectores de pobreza, o extrema pobreza, algunos de ellos provienen de las Regiones de Ayacucho, Huancavelica, y mayormente son de Ica o de sus provincias, en los servicios se presta atención las 24 horas.

4.3.2. Población y Muestra Población

La población de estudio lo conformaron las 86 enfermeras del Hospital Santa María del Socorro de Ica, quienes se encontraron laborando durante los meses de enero - febrero - marzo y abril del 2018, en los diferentes servicios y especialidades.

Muestra

La muestra es Intencional, que comprendió al 100% de la población de enfermeras, que son 86.

Aspectos éticos

Se guarda anonimidad y confidencialidad de las enfermeras que proporcionaron la información solicitada, en concordancia y cumplimiento del acuerdo de Helsinki II.

Unidad de Análisis

Enfermeras de los diferentes servicios y especialidades del Hospital Santa María del Socorro de Ica, que voluntariamente aceptaron participar en el estudio.

Método de Muestreo

Se utilizó la muestra intencional.

Criterios de selección de la muestra

- Criterios de Inclusión: Enfermeras de todos los servicios y especialidades del HSMS, que aceptaron participar en el estudio.
- Criterios de exclusión: Enfermeras que no desearon participar voluntariamente proporcionando información para el estudio. No se registró ningún caso.

4.3.3. Diseño de la investigación

Investigación de diseño no experimental, transversal.

4.3.4. Métodos y técnicas de investigación

Se utilizaron los métodos inductivo y deductivo para recolectar y analizar la información.

4.3.5. Técnicas de recolección de datos

Se utilizó como técnicas: La encuesta, la observación, el análisis y la síntesis. La información que se requiere para llevar a cabo

la investigación fue recogida de fuentes directas e indirectas, siendo:

- a) Fuentes directas: Encuestas a las enfermeras.
- b) Fuentes indirectas: Análisis documental, de libros, textos, investigaciones, tesis, Internet, y otros.

4.3.6. Instrumentos de recolección de datos: Cuestionario WHOQOL-BREF:

Es un instrumento de autoevaluación que considera las dos últimas semanas experimentadas por el sujeto de la investigación, compuesto por 24 preguntas, divididas en cuatro dominios, y dos preguntas generales sobre CV. Las dos preguntas de CV son: 1) “¿cómo usted evaluaría su calidad de vida?” y 2) “¿cuán satisfecho usted está con su salud?”. El dominio 1 (físico) evalúa dolor, incomodidad, energía, fatiga, sueño, movilidad, dependencia de medicaciones o tratamientos y capacidad de trabajo. El dominio 2 (psicológico) evalúa sentimientos negativos y positivos, memoria y autoestima. El dominio 3 (relaciones sociales) evalúa soporte personal, actividad sexual y relaciones personales. El dominio 4 (medio ambiente) evalúa seguridad física y protección, ambiente en el hogar, recursos financieros, participación en actividades de recreación y entretenimiento, ambiente físico (polución, ruido, clima, transporte y tránsito), oportunidad de adquirir nuevas informaciones y habilidades. Las preguntas del instrumento utilizan escala de respuesta del tipo Likert con escala de intensidad de 1 a 5. (Ver anexo 2)

- Operacionalización de la calidad de vida (en una escala de 1 a 5)
Buena = 3 a 5 pts.
Mala = 1 a 2 pts
- Distribución de preguntas:
Dominio físico: 3, 4, 10, 15, 16, 17,18 (7 preguntas)
Dominio psicológico: 5, 6, 7, 11, 19,26 (6 preguntas)
Dominio social: 20, 21,22 (3 preguntas)
Dominio Ambiental: 8, 9,12, 13, 14 23, 24, 25 (8 preguntas)

Inventario de depresión de Beck (IDB)

Fue desarrollado en 1961, traducido y validado en Brasil, en 1998. Se trata de instrumento de autoevaluación, reconocido en diversos países y usado en pacientes clínicos y en la población en general. Está compuesto por 21 grupos de afirmaciones que corresponden a valores numéricos de 0 a 3. Por él se puede evaluar actitudes y síntomas depresivos que reflejan el estado actual del sujeto: tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, falta o pérdida de satisfacción, sentimiento de culpa, sensación de punición, auto-depreciación, autoacusación, ideas suicidas, crisis de llanto, irritabilidad, aislamiento o retracción social, indecisión, distorsión de la imagen corporal, inhibición para el trabajo, disturbios del sueño, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y disminución del libido.

La depresión se operacionalizó de acuerdo al índice mostrado en la tabla de operacionalización de variables, y el Anexo 3.

Validez y confiabilidad de los instrumentos

La validación del cuestionario se realizó con 3 expertos, con grado de Doctor, con un índice de $I = 0,96$ y la confiabilidad se determinó mediante Alfa de Cronbach, siguiendo el modo test y retest, con un índice de 0,92. En ambos casos los índices reflejan un alto valor de validación y confianza, de los instrumentos de recojo de datos.

Procedimiento de recolección de datos

La recolección de información se llevó a cabo utilizando el siguiente procedimiento:

- Búsqueda de información de texto, antecedentes, y estudios relacionados, en libros, revistas, e Internet.
- Revisión y observación del instrumento recolector de información.
- Definición del instrumento de recojo de información mediante la validación y la confiabilidad.
- Capacitación de personal encuestador.
- Encuesta piloto a 10 enfermeras (test y retest).
- Consistencia de los datos recogidos en la encuesta piloto.

- Cambios, correcciones o afinamiento de los instrumentos.
- Validación y confiabilidad de los instrumentos final.
- Entrevista general al personal de enfermería.
- Procesamiento de la información.
- Control de calidad de los datos recogidos.
- Procesamiento de los resultados.

Análisis e interpretación de datos

Inicialmente se hizo un análisis descriptivo, de frecuencias de puntajes directos, luego un análisis de la variable calidad de vida y depresión en las enfermeras. Se utilizó la estadística descriptiva para 95% de confianza, con el paquete estadístico SPSS versión 21.0. La relación entre las variables calidad de vida y depresión se probó mediante t de student ($t = 58,24$, $p = 0,000$), para muestras relacionadas. La relación entre los dominios de la calidad de vida y la depresión se analizaron mediante r de Pearson, habiéndose encontrado relación inversa significativa.

5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

5.1. Interpretación y análisis de resultados

Tabla 1

Datos sociodemográficos de los enfermeros, Hospital Santa María del Socorro 2018

Ítems	N = 86	
Edad	N°	%
27 a 30 años	25	29.1
31 a 40 años	26	30.2
41 a 50 años	13	15.1
51 a 60 años	20	23.3
61 a 67 años	2	2.3
Sexo	N°	%
Femenino	72	83.7
Masculino	14	16.3
Estado civil	N°	%
Soltero	32	37.2
Casado	36	41.9
Conviviente	15	17.4
Divorciado	3	3.5
Número de miembros en la familia	N°	%
Ninguno	4	4.7
2 a 5 personas	61	70.9
6 a 9 personas	21	24.4
Número de hijos	N°	%
Ninguno	12	14.0
1 a 2 hijos	65	75.6
3 a 5 hijos	9	10.4
Cuántas horas duerme	N°	%
5 a 6 horas	45	52.3
7 a 8 horas	41	47.7
Ingreso familiar mensual	N°	%
1000 a 2000 soles	24	27.9
2200 a 4000 soles	45	52.3
4200 a 6000 soles	16	18.6
8000 soles	1	1.2
Servicio donde labora	N°	%
Cirugía	5	5.8
Consultorio	4	4.7
Crecimiento y Desarrollo	8	9.3
Emergencia	18	20.9
Central de Esterilización	2	2.3
Estrategias Sanitarias	11	12.8
Ginecología	5	5.8
Medicina	15	17.4
Pediatría	1	1.2
Recién Nacido	8	9.3
Unidad de Cuidados Intensivos	9	10.5

Horario de trabajo	N°	%
Diurno	23	26.7
Según Programación	63	73.3
Número de empleos	N°	%
1 empleo	63	73.3
2 empleos	23	26.7
Años de Servicio como enfermero	N°	%
3 a 10 años	54	62.8
13 a 15 años	4	4.7
23 a 30 años	25	29.1
33 a 36 años	3	3.4
Personas mayores discapacitadas a su cargo	N°	%
Si	16	18.6
No	70	81.4
Realiza tareas en el hogar antes o después de ir a trabajar	N°	%
Si	81	94.2
No	5	5.8
Situación laboral	N°	%
Nombrado	50	58.1
Contratado	36	41.9

Fuente: Cuestionario aplicado a los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018

Interpretación:

En la tabla 1 se observa los datos sociodemográficos de los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro, encontrándose que la edad predominante es de 31 a 40 años (30.2%), sexo femenino (83.7%), estado civil casado (41.9%), 2 a 5 miembros en la familia (70.9%), tienen 1 a 2 hijos (75.6%), duermen 5 a 6 horas (52.3%), ingreso familiar 2200 a 4000 soles (52.3%), tienen 1 empleo (73.3%), tienen 3 a 10 años de servicio como enfermero (62.8%), tienen personas mayores discapacitadas a su cargo (18.6%), realizan tareas en el hogar antes o después de ir a trabajar (94.2%), y situación laboral nombrado (58.1%).

Tabla 2

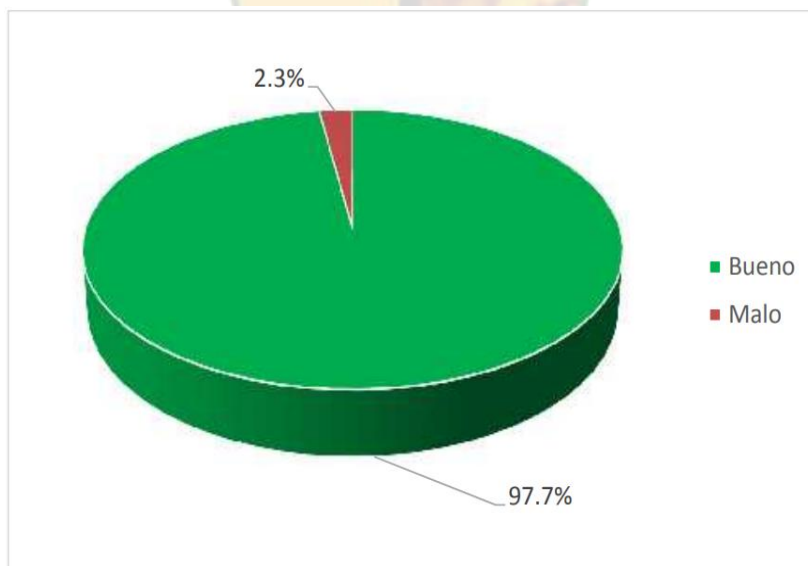
Análisis de la calidad de vida de los enfermeros del Hospital Santa

Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje	Global
Buena [3-5]	84	97.7%	Global
Mala [1-2]	2	2.3%	\bar{x} 3.11. Buena
Total	86	100%	

Fuente: Cuestionario aplicado a los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018

Gráfico 1

Análisis de la calidad de vida de los enfermeros del Hospital Santa Maríadel Socorro, Ica 2018



Interpretación:

En la tabla 2 y gráfico 1 se observa que el 97.7% de los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro de Ica, tienen buena calidad de vida, y 2.3% mala calidad de vida.

Tabla 3

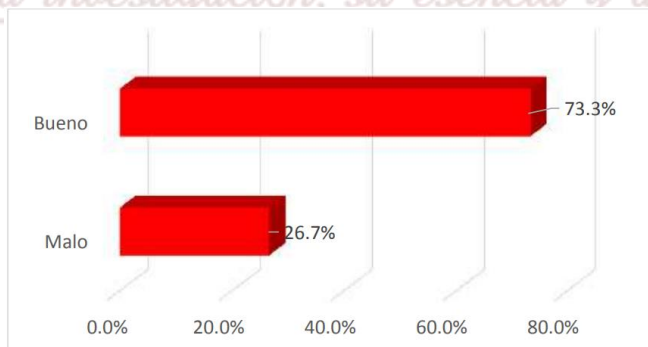
Análisis de la calidad de vida de los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018, según Dimensión Física

Dimensión Física	Frecuencia	Porcentaje
Buena (3-5)	63	73.3%
Mala (1-2)	23	26.7%
Total	86	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018

Gráfico 2

Análisis de la calidad de vida de los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018, según Dimensión Física



Interpretación:

En la tabla 3 y gráfico 2 se observa que el 73.3% de los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro de Ica, tienen buena calidad de vida en la dimensión física, y 26.7% malo.

Tabla 4

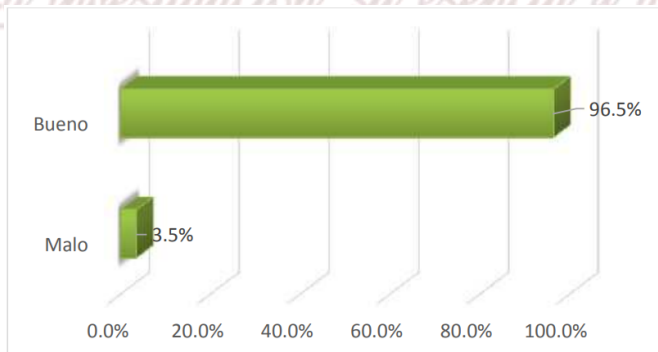
Análisis de la calidad de vida de los enfermeros del Hospital Santa Mariadel Socorro, Ica 2018, según Dimensión Psicológica

Dimensión Psicológica	Frecuencia	Porcentaje
Buena (3-5)	83	96.5%
Mala (1-2)	3	3.5%
Total	86	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018

Gráfico 3

Análisis de la calidad de vida de los enfermeros del Hospital Santa Mariadel Socorro, Ica 2018, según Dimensión Psicológica



Interpretación:

En la tabla 4 y gráfico 3 se observa que el 96.5% de los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro de Ica, tienen buena calidad de vida en la dimensión psicológica, y 3.5% malo.

Tabla 5

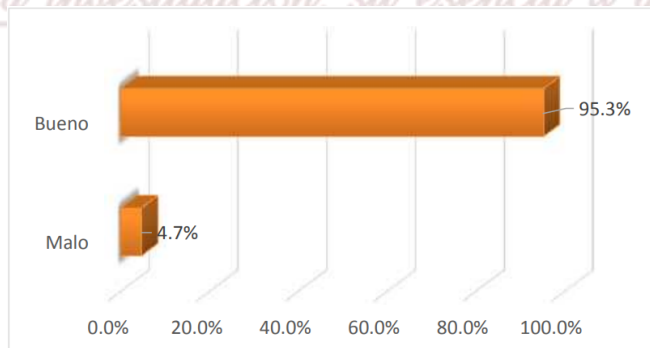
Análisis de la calidad de vida de los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018, según Dimensión Relaciones Sociales

Dimensión Relaciones Sociales	Frecuencia	Porcentaje
Buena (3-5)	82	95.3%
Mala (1-2)	4	4.7%
Total	86	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018

Gráfico 4

Análisis de la calidad de vida de los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018, según Dimensión Relaciones Sociales



Interpretación:

En la tabla 5 y gráfico 4 Se observa que el 95.3% de los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro de Ica, tienen buena calidad de vida en la dimensión relaciones sociales, y 4.7% malo.

Tabla 6

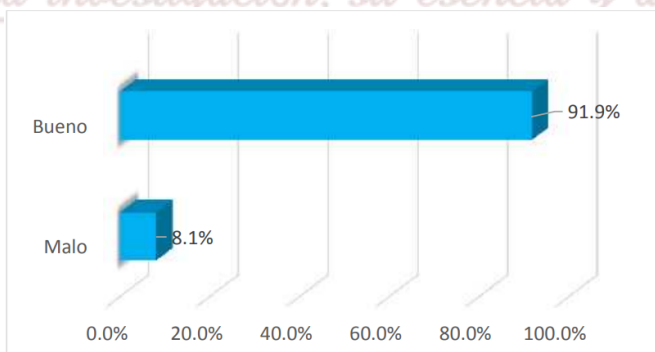
Análisis de la calidad de vida de los enfermeros del Hospital Santa Maríadel Socorro, Ica 2018, según Dimensión Medio Ambiente

Dimensión Medio ambiente	Frecuencia	Porcentaje
Buena (3-5)	79	91.9%
Mala (1-2)	7	8.1%
Total	86	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018

Gráfico 5

Análisis de la calidad de vida de los enfermeros del Hospital Santa Maríadel Socorro, Ica 2018, según Dimensión Medio Ambiente



Interpretación:

En la tabla 6 y gráfico 5 se observa que el 91.9% de los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro de Ica, tienen buena calidad de vida en la dimensión medio ambiente, y 8.1% malo.

Tabla 7

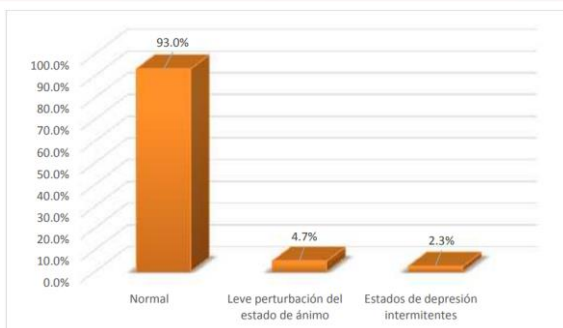
Análisis de la depresión de los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Normal (1-10)	80	93.0%
Leve perturbación del estado de ánimo (11-16)	4	4.7%
Estados de depresión intermitentes (17-20)	2	2.3%
Total	86	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018

Gráfico 6

Análisis de la depresión de los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018



Interpretación:

En la tabla 7 y gráfico 6 se observa que el 93% de los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro de Ica, tienen un estado normal de no depresión, 4.7% leve perturbación del estado de ánimo, y 2.3% estados de depresión intermitentes.

Tabla 8

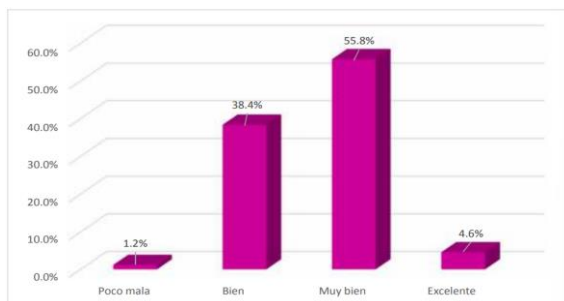
Calidad de vida según Percepción Global, de los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018

Percepción global	Frecuencia	Porcentaje
Poco mala	1	1.2%
Buena	33	38.4%
Muy buena	48	55.8%
Excelente	4	4.6%
Total	86	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018

Gráfico 7

Calidad de vida según Percepción Global, de los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018



Interpretación:

En la tabla 8 y gráfico 7 se observa que el 55.8% de los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro de Ica, perciben muy bien su calidad de vida, 38.4% bien, 4.6% excelente, y 1.2% poco mala.

Tabla 9

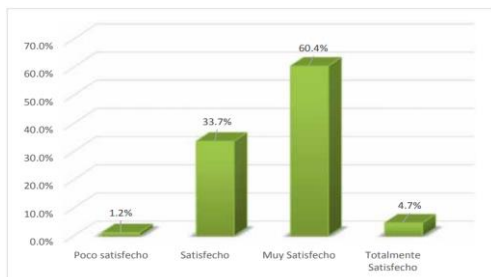
Satisfacción con su salud, de los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018

Satisfacción con su salud	Frecuencia	Porcentaje
Poco satisfecho	1	1.2%
Satisfecho	29	33.7%
Muy satisfecho	52	60.4%
Totalmente satisfecho	4	4.7%
Total	86	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018

Gráfico 8

Satisfacción con su salud, de los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018

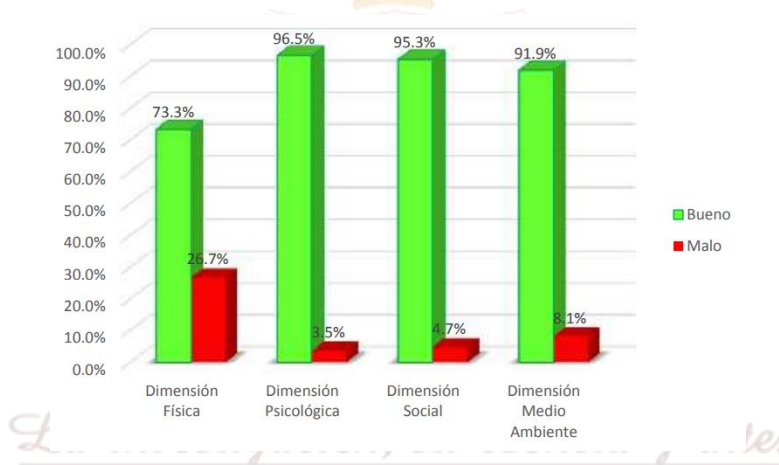


Interpretación:

En la tabla 9 y gráfico 8 se observa que el 60.4% de los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro de Ica, tienen poca satisfacción con su salud, 33.7% se sienten satisfechos, 4.7% totalmente satisfechos, y 1.2% están poco satisfechos con su salud.

Gráfico 9

Comparación de las dimensiones de la Calidad de Vida, de los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2018



Interpretación:

En el gráfico 9 se observa que existe en mayor proporción de calidad de vida de los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro de Ica en la dimensión psicológica (96.5%), seguido de la dimensión Social (95.3%). Asimismo, se observa que existe mayor proporción de mala calidad de vida en la dimensión física (26.7%).

Tabla 10

Enfermeros que están a dieta para adelgazar

Están a dieta	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	9.3%
No	78	90.7%
Total	86	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018

En la tabla 10 se observa que 9.3% de las enfermeras están a dieta para adelgazar, 90.7% no.

6. CARACTERISTICAS DE SALUD DE LAS ENFERMERAS

Tabla 11

¿Cómo evalúa su salud?

Evaluación de su salud	Frecuencia	Porcentaje
Optima	6	7%
Muy buena	6	7%
buena	52	60.5%
Ni mala ni buena	20	23,3%
Débil	2	2,3
Total	86	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018

En la tabla 11 se aprecia que 60.5% de las enfermeras perciben que su salud es buena, 23.3% señalan que su salud no es mala ni buena, 7% indican que es muy buena, 7% que es óptima. Y 2.3% perciben que su salud es débil.

Tabla 12

¿Posee problemas de salud?

Problemas de salud	Frecuencia	Porcentaje
Si	44	51.2%
No	42	48.8%
Total	86	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018

En la tabla 12 se aprecia que 51.2% de las enfermeras señalan que tienen efectivamente problemas de salud, 48.8% indican que no.

Tabla 13.

¿Cuántos problemas de salud tiene?

Cuántos problemas de salud tiene	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	32	37.2%
Uno	47	54.7%
Dos	5	5.8%
Tres o mas	2	2.3%
Total	86	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro, Ica 2018

En la tabla 13 se aprecia 32.7% de las enfermeras, mencionan que no tienen ningún problema de salud, al 54,7% les afecta un problema de salud, 5.8% tienen 2 problemas de salud, y 2,3% presentan tres o más problemas de salud.

Tabla 14

¿Cuáles son los problemas de salud que padece?

Problema de salud	Frecuencia	Porcentaje
Alergia	4	4,7
Artrosis	1	1,2
Artrosis, osteoporosis,	1	1,2
HTA		
Asma	2	2,3
Cefalea	2	2,3
Cervicalgia severa	1	1,2
Diabetes	8	9,3
Dolor de columna	2	2,3
Dolor de pie	1	1,2
Dolor lumbar	1	1,2
Fascitis plantar	1	1,2
Gastritis	1	1,2
Gastritis, Cefalea	1	1,2
Gastritis, Lumbalgia	1	1,2
Hiperglicemias	2	2,3
Hipertension arterial	4	4,7
Hipertension, diabetes	1	1,2
Hipotiroidismo	4	4,7
Mialgia	1	1,2
Mioma uterino	2	2,3
Miopia	3	3,5
Obesidad	3	3,5
Obesidad, Hta, Ansiedad	1	1,2
Presión ocular	2	2,3
Quiste de Ovario	2	2,3
Resfriados, dolores artic	2	2,3
Total	86	100%

En la tabla 14 se aprecia que 10,5% de las enfermeras presentan Diabetes Mellitus, 8,3% HTA, 4.7% alergias, hipotiroidismo, y obesidad respectivamente, entre las principales patologías.

6.1. Prueba de hipótesis

Hipótesis 1: calidad de vida

Ha: La calidad de vida de las enfermeras que laboran en Hospital Santa María del Socorro de Ica, es buena.

Ho: La calidad de vida de las enfermeras que laboran en Hospital Santa María del Socorro de Ica, no es buena.

En el gráfico N°1, se observa que el 97.7% de los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro de Ica, tienen buena calidad de vida, y 2.3% mala calidad de vida. Por tanto, se ha probado que, en una mayor proporción de enfermeras, la calidad de vida es buena.

Hipótesis 2: Depresión.

Ha: La intensidad de la depresión de las enfermeras que laboran en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, es alta.

Ho: La intensidad de la depresión de las enfermeras que laboran en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, no es alta.

En la tabla N° 3 y gráfico N° 2 se observa que el 93% de los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro de Ica, no tienen depresión. Por tanto, se ha probado que, en una mayor proporción de enfermeras, no tienen depresión.

Hipótesis 3: Relación entre la calidad de vida y depresión

Ha: Existe relación estadística significativa entre la calidad de vida y la depresión

H0: No existe relación estadística significativa entre la calidad de vida y la depresión

Probamos la hipótesis mediante t de student para muestra relacionadas.

T-TEST PAIRS=QVIDA WITH DEPRES (PAIRED)
/CRITERIA=CI(.9500)
/MISSING=ANALYSIS.

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 QVIDA y DEPRES	86	-,345	,001

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 QVIDA - DEPRES	76,93	12,249	1,32086	74,30401	79,556	58,24	85	,000

Mediante t de Student se prueba que: Existe relación estadística significativa inversa entre la calidad de vida y la depresión, $t = 58,24$ $p < 0,000$. A mayor calidad de vida menor depresión, y viceversa.

En el análisis de las dimensiones de la calidad de vida mediante r de Pearson se ha encontrado relación inversa significativa entre:

Dominio físico-depresión: $r = -,243$ $p = 0,024$

Dominio relaciones sociales-depresión: $r = -,463$ $p = 0,000$ Dominio Medio ambiental-depresión: $r = -,311$ $p = 0,004$ y relación inversa no significativa entre: Dominio psicológico-depresión: $r = -,210$ $p = 0,052$

		Correlaciones			
		DOMPSICOL	DOMFISICO	DOMREASSO	DOMMAMB
DEPRES	Correlación de Pearson	-,210	-,243	-,463**	-,311**
	Sig. (bilateral)	,052	,024	,000	,004
	N	86	86	86	86

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

6.2. Discusión de los Resultados

El estudio de la calidad de vida en el trabajo del personal de enfermería, es de suma importancia para el sistema de salud, para el personal de enfermería y para los usuarios de los servicios, ya que, los resultados permiten visibilizar áreas de oportunidad para implementar estrategias tendientes a elevar la salud ocupacional del personal de enfermería.

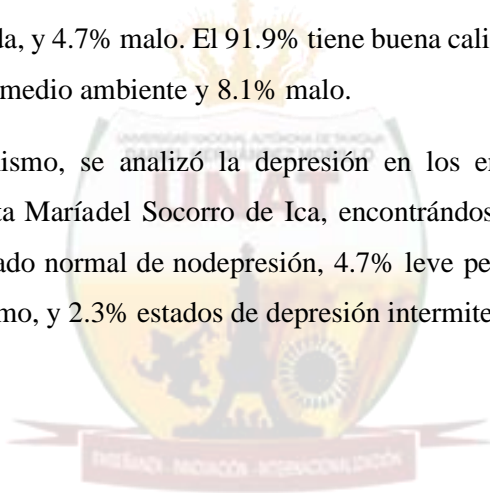
El presente estudio encontró que los enfermeros se encuentran en un 97.7% con una buena calidad de vida. Resultados que difieren con el estudio de Quintana M; Paravic T; y Saenz K. (2016) quien encontró en sus resultados que los enfermeros tienen una calidad de vida media. Cuando se les formula a los enfermeros, una pregunta global, de cómo percibe su calidad de vida, el 94.2% respondieron que era buena o muy buena. Este resultado es similar al global encontrado con la aplicación del instrumento que es de 97.7%. Ante la pregunta de cuán satisfecho está con su salud, el 94.1% respondió estar satisfecho o muy satisfecho, lo cual es similar al resultado anterior.

Estas afirmaciones confirman y respaldan el resultado encontrado con el instrumento Whoqol-Bref.

En cuanto al análisis de la calidad de vida por dimensiones se encontró que los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro de Ica, tienen buena calidad de vida en la dimensión física, y 26.7% malo.

En la dimensión psicológica el 96.5% tienen buena calidad y 3.5% malo. En la dimensión relaciones sociales el 95.3% tiene buena calidad de vida, y 4.7% malo. El 91.9% tiene buena calidad de vida en la dimensión medio ambiente y 8.1% malo.

Asimismo, se analizó la depresión en los enfermeros del Hospital Santa María del Socorro de Ica, encontrándose que el 93% tienen un estado normal de no depresión, 4.7% leve perturbación del estado de ánimo, y 2.3% estados de depresión intermitentes.



La investigación, su esencia y arte.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

Luego de haber culminado la investigación, se llega a las siguientes conclusiones:

1. El 97.7% de los enfermeros que laboran en Hospital Santa María del Socorro de Ica, tienen una buena calidad de vida, y 2,3% tienen malacalidad de vida.
2. Según dimensiones se encontró buena calidad de vida física 73.3%; psicológica 96.5%; Social 95.3%; y ambiental 91.9%
3. El 93% de las enfermeras que laboran en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, no manifiestan estadio depresivo, 4.7% tienen perturbaciones en el estado de ánimo, y 2.3% manifiestan estado depresivo intermitente.
4. Existe relación estadística significativa inversa entre la calidad de vida y la depresión, $t = 58,24$ $p < 0,000$. A mayor calidad de vida menor depresión, y viceversa.
5. En cuanto a los datos sociodemográficos, la edad predominante fue 31 a 40 años (30.2%), 83.7% mujeres, 41.9% casados, 75.6% tienen 1 a 2 hijos, 62,8% tienen 3 a 10 años de servicio, 18,6% tienen personas discapacitadas a su cargo, 94,2% realizan tareas en el hogar, 9.3% están a dieta para adelgazar, 10,5% presentan Diabetes Mellitus, 8,3% HTA, 4.7% alergias, hipotiroidismo, y obesidad respectivamente.

7.2. Recomendaciones

1. La Facultad de enfermería debe promover líneas de investigación que profundicen en la calidad de vida en el trabajo del personal de enfermería.
2. La dirección de Hospital, debe implantar estrategias y programas de mejora, en la calidad de vida laboral del personal de enfermería, situación que a la larga se traducirá en la mejora de la satisfacción laboral y la calidad de los cuidados que el personal de enfermería proporciona.
3. La dirección del Hospital debe propiciar actividades sociales y deportivas para el personal de salud, fomentar un buen clima laboral, y fortalecer las relaciones interpersonales de su colectivo.
8. Al haberse encontrado 7% de enfermeras con perturbaciones en el estado de ánimo, o depresión intermitente, la Dirección del Hospital debe prestar apoyo especializado al personal de enfermería, para su recuperación.

La investigación, su esencia y arte.

8. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. OMS. Depresión. Temas de salud. Ginebra, Suiza. Actualizado a Abril del 2017. [En línea] Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
2. Muñoz C; Rumie H; Torres G; Villarroel K. Impacto en la salud mental de la (del) enfermera(o) que otorga cuidados en situaciones estresantes. Rev. Cienc. enferm. vol.21 no.1 Concepción, Chile. 2015
3. Gil-Monte, P. Situación actual y perspectiva de futuro en el estudio de estrés laboral, *Informació psicológica*, 2010. No. extra, 100, pp. 68-83. [En línea] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3642757>
4. Abreu, F. Síndrome de agotamiento emocional en profesionales de la unidad de cuidados intensivos, *Revista Multiciencias*, 2011: Vol. 11(4), 370-377. [En línea] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90421972006>
5. De Vargas D., Dias A. Depression prevalence in Intensive Care Unit nursing workers: a study at hospitals in a northwestern city of São Paulo State. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [version electrónica], 2011:Vol. 19(5), 1114-1121. [En línea] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000500008>.
6. Missel ST. A Saúde geral de profissionais da área hospitalar: uma avaliação comparativa entre grupos com contato direto e indireto

compacientes [dissertação de mestrado]. Canoas (RS): UniversidadeLuterana do Brasil; 1998. 100 p.

7. OMS. Depresión. Datos y cifras – Nota descriptiva. Ginebra, Suiza. Febrero 2017. [En línea] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
8. Diario el Peruano. La depresión es el trastorno mental más común en el Perú. Junio del 2016. [En línea] Disponible en: <http://www.elperuano.com.pe/noticia-la-depresion-es-trastorno-mental-mas-comun-peru-41872.aspx>
9. Diario El Comercio. Depresión: La grave enfermedad que afecta a 2 millones de peruanos. Noviembre del 2016. [En línea] Disponible en: <http://elcomercio.pe/sociedad/peru/depresion-grave-enfermedad-que-afecta-2-mlls-peruanos-noticia-1945625>
10. Lerma V; Rosales G; Gallegos M. Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado. Revista CONAMED, Suplemento de Enfermería 2009. Durango, México.
11. Gandhi S, Sangeetha G, Ahmed N, Chaturvedi S. K. Somatic symptoms, perceived stress and perceived job satisfaction amongnurses working in an Indian psychiatric hospital. AsianJournal ofPsychiatry. [revista en internet] 2014 [acceso 3 de marzo de 2015]; 12:77-81. Disponible en:

<http://www.asianjournalofpsychiatry.com/article/S1876-2018%2814%2900148-8/abstract>

12. Mi S, Yu C, Chang Y, Huang C., Zauszniewski J. , Yu C. The relationships among work stress, resourcefulness and depression level in psychiatric nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*. 29(1): 64- 70.
13. García B, Maldonado S, Ramírez M. Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. *Summa Psicológica UST*. 11(1): 65-73.
14. Mesa E y cols. Evaluación Psicosocial Del Personal De Enfermería De Las Unidades De Nefrología De Los Hospitales Virgen Del Rocío Y Virgen Macarena De Sevilla (citado junio 2008). [En línea] Disponible en www.revistaseden.org/files/art399_1.pdf
15. Quintana M; Paravic T; y Saez K. Calidad de vida en el trabajo del personal de enfermería en instituciones públicas de salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem. Brasil*, 2016.
16. Vargas D; y Vieira A. Prevalencia de depresión en trabajadores de enfermería de Unidades de Terapia Intensiva: estudio en hospitales de una ciudad del noroeste del Estado de Sao Paulo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem. Vol. 19(5)*. 2011.
17. García B; Maldonado S; y Ramírez M. Estados afectivo

emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. Rev. Summa psicol. UST (En línea) vol.11 no.1 Santiago 2014.

18. Quintana M; Paravic T; y Sáez K. Calidad de vida en el trabajo percibida según niveles de atención y categorías de enfermeras. Rev.Ciencia y Enfermería XXI (3), 2015
19. Acurio H; Córdova M. Valoración del síndrome de Burnout en la salud de las enfermeras de cuidados intensivos del hospital Eugenio Espejo 2014. Tesis especialidad. Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador 2015.
20. Assalvi K; Aparecida D; y Silva A. Evaluación de la calidad de vida y de la depresión de técnicos y auxiliares de enfermería. Rev. Latino- Am. Enfermagem. Vol. 18(3). 2010
21. Clemente S. Estrés, ansiedad y depresión en profesionales de enfermería que brindan atención primaria de salud del distrito de Amarilis – Huánuco 2015. Tesis pregrado. Universidad de Huánuco –Enfermería. Huánuco, Perú. 2016.
22. Grimaldo M. Calidad de vida en profesionales de la salud en la ciudad de Lima. Rev. Liber. Vol 17(2). Lima, Perú. 2011.
23. Velarde E; Avila C. Evaluación de la calidad de vida. Rev. Salud pública Méx vol.44 no.4 Cuernavaca, México. jul. 2002
24. Campbell, A. *The sense of well-being in america*. McGraw-Hill,

New York. 1981

25. Meeberg, G. Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 32 - 38. 1993.
26. Bognar, G. The concept of quality of life. *Social and Practice*, 31, 561-580. 2005.
27. Fernández R. e Izal, M. "Evaluación durante la vejez". En R. Fernández-Ballesteros (Dir.): Introducción a la evaluación psicológica 1992. Vol. 2 Madrid: Ed. Pirámide. ISBN: 84-368-0691-3.
28. Aranibar P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Fondo de población de las Naciones Unidas. Santiago de Chile, 2001.
29. Gómez M; Sabeh E. Calidad de Vida. Evolución del Concepto y su influencia en la investigación y en la practica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad deSalamanca. 2001.
30. Fernández R. Calidad de Vida: las condiciones diferenciales. En: La sicología en España, Vol.2, No1, 57-65, Colegio Oficial de Psicólogos, España. 1998.
31. Muñoz D. La salud y la calidad de vida. Actividades físicas más convenientes para la mejora de la salud. Rev. Efdeportes. Buenos Aires, Argentina. Año 12 N° 127. 2008.

32. Devís, J. *Actividad Física y Salud para todos*. Ed. Inde. Barcelona. 1995.
33. OMS. *Invertir en salud mental*. Ginebra, Suiza. 2004.
34. OPS. *Salud en Sudamérica. Edición 2012: Panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud*. Washington, DC. 2012.
35. Ministerio de Salud. *Políticas y Plan Nacional de Salud Mental*. Santiago, Chile. 2000.
36. Palop I. La importancia de las relaciones sociales. Artículo en línea: psicologopersonal.com. 2015. [En línea] Disponible en: <http://psicologopersonal.com/la-importancia-de-las-relaciones-sociales/>
37. Baldi G; García E. Calidad de vida y medio ambiente. La psicología ambiental Universidades, núm. 30, julio-diciembre, 2005, pp. 9-16 Unión de Universidades de América Latina y el Caribe Distrito Federal, Organismo Internacional
38. World Health Organization Quality of Life Questionnaire; WHOQOL Group, 1993
39. Ramírez V. *Depresión: fisiopatología y tratamiento*. Costa Rica, 2003.
40. National Institute of Mental Health. *Qué es la depresión*. Edición

enEspañol. EE.UU. 2009. [En línea]

Disponible en:

<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/inde x.shtml>

41. Altshuler LL, Hendrich V, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998; 59: 29.
42. Rohan KJ, Lindsey KT, Roecklein KA, Lacy TJ. Cognitive-behavioral therapy, light therapy and their combination in treating seasonal affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 2004; 80: 273-283.
43. Labrandero J. Trastornos del estado de ánimo. 2014. Artículo en Línea: Ingeniero Medioambiental. [En línea] Disponible en: <https://ingenieromedioambiental.blogia.com/2014/040501-trastornos-del-estado-de-nimo.php>
44. Flores M; Cervantes G; Gonzáles G; Vega M; Valle M. Ansiedad y depresión como indicadores de calidad de vida en adultos mayores. *Rev. Psicología da IMED*, vol.4, n.1, p. 649-661, 2012.
45. Ávila J, Garan M, Aguilar S. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. *Rev. Panamericana de Salud Pública*, 2006:19(5), 321–30.

ANEXO1: DATOS GENERALES DE LAS ENFERMERAS

Le agradeceré se sirva responder con sinceridad marcando con una x o anotando la información donde corresponda. (Confidencial, solo para fines de investigación)

1. Edad: _____
2. Sexo: Femenino () Masculino ()
3. Estado Civil: Soltero () Casado () Conviviente () Divorciado () Viudo ()
4. Número de miembros de la familia: _____(que viven con Ud)
5. Número de hijos: _____
6. Cuantas horas duerme en por lo general: _____
7. Ingreso familiar: _____
8. Servicio donde labora: _____
9. Horario de trabajo: Diurno () Nocturno () según programación ()
10. Número de empleos: _____
11. Años de servicio como enfermero: _____
12. Personas mayores discapacitadas a su cargo. Si () No ()
13. Realiza tareas en el hogar, antes o después de laborar como enfermera:
Si () No ()
14. Situación Laboral: Nombrado () Contratado ()

CARACTERISTICAS DE SALUD DE LAS ENFERMERAS

¿COMO EVALÚA UD. SU SALUD?

- a) Óptima
- b) Muy buena
- c) Buena
- d) Ni mala ni buena
- e) Débil
- f) Muy mala

¿POSEE UD. PROBLEMAS DE SALUD?

Si () No ()

¿CUANTOS PROBLEMAS DE SALUD TIENE UD.?

- a) Uno
- b) Dos
- c) Tres o más

¿CUALES SON LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE PADECE?

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____

ANEXO N° 2: ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA: WHOQOL-BREF

Por favor, conteste a todas las preguntas, marcando con una X, donde corresponda.

		Muy mal	Poco mal	normal	Bastante Bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?					
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?					
	Cosas que experimento en las últimas dos semanas	Nada	poco	normal	Bastante	mucho
3	¿El dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?					
4	¿Necesita de algún tratamiento médico para su vida diaria?					
5	¿Cuánto disfruta de la vida?					
6	¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?					
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?					
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?					
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?					
	Cosas que hizo en las últimas dos semanas.	Nada	poco	normal	Bastante	mucho
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?					
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?					
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
13	¿Dispone de información para desempeñar su vida diaria?					
14	¿Hasta qué punto realiza actividades de ocio?					
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?					
	Satisfacción o bienestar en las últimas dos semanas	Nada	poco	normal	Bastante	mucho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?					
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?					
18	¿Cuán satisfecha está con su capacidad de trabajo?					
19	¿Cuán satisfecha está de sí mismo?					
20	¿Cuán satisfecha está con sus relaciones personales?					
21	¿Cuán satisfecha está con su vida sexual?					
22	¿Cuán satisfecha está con el apoyo de sus amigos?					
23	¿Cuán satisfecha está de las condiciones del lugar donde vive?					
24	¿Cuán satisfecha está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?					
25	¿Cuán satisfecha está con su transporte?					
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	Nunca	aveces	No se	Frecuente	siempre

ANEXO N° 3. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

Marque cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también.

N°	
1	No me siento triste.
	Me siento triste.
	Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
	Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2	No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
	Me siento desanimado respecto al futuro.
	Siento que no tengo que esperar nada.
	Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3	No me siento fracasado.
	Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
	Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
	Me siento una persona totalmente fracasada.
4	Las cosas me satisfacen tanto como antes.
	No disfruto de las cosas tanto como antes.
	Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
	Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5	No me siento especialmente culpable.
	Me siento culpable en bastantes ocasiones.
	Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
	Me siento culpable constantemente.
6	No creo que esté siendo castigado.
	Me siento como si fuese a ser castigado.
	Espero ser castigado.
	Siento que estoy siendo castigado.
7	No estoy decepcionado de mí mismo.
	Estoy decepcionado de mí mismo.
	Me da vergüenza de mí mismo.
	Me detesto.
8	No me considero peor que cualquier otro.
	Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
	Continuamente me culpo por mis faltas.
	Me culpo por todo lo malo que sucede.
9	No tengo ningún pensamiento de suicidio.
	A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
	Desearía suicidarme.
	Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10	No lloro más de lo que solía llorar.
	Ahora lloro más que antes.
	Lloro continuamente.
	Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11		No estoy más irritado de lo normal en mí.
		Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
		Me siento irritado continuamente.
		No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12		No he perdido el interés por los demás.
		Estoy menos interesado en los demás que antes.
		He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
		He perdido todo el interés por los demás.
13		Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
		Evito tomar decisiones más que antes.
		Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
		Ya me es imposible tomar decisiones.
14		No creo tener peor aspecto que antes.
		Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
		Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
		Creo que tengo un aspecto horrible.
15		Trabajo igual que antes.
		Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
		Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
		No puedo hacer nada en absoluto.
16		Duermo tan bien como siempre.
		No duermo tan bien como antes.
		Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
		Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17		No me siento más cansado de lo normal.
		Me canso más fácilmente que antes.
		Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
		Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18		Mi apetito no ha disminuido.
		No tengo tan buen apetito como antes.
		Ahora tengo mucho menos apetito.
		He perdido completamente el apetito.
19		Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
		He perdido más de 2 kilos y medio.
		He perdido más de 4 kilos.
		He perdido más de 7 kilos.
		Estoy a dieta para adelgazar: SI NO
20		No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
		Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
		Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
		Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21		No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
		Estoy menos interesado por el sexo que antes.
		Estoy mucho menos interesado por el sexo.
		He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión*

1-10.....Estos altibajos son considerados normales.

11-16.....Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20.....Estados de depresión intermitentes.

21-30.....Depresión moderada.

31-40.....Depresión grave.

+ 40.....Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.



La investigación, su esencia y arte.