

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Psicología



Una Institución Adventista

“Relación entre depresión y calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.”

Por:

Missael Gabriel Roque Afray

Asesora:

Dra. Damaris Susana Quinteros Zúñiga

Lima, febrero de 2017

Cómo citar:

Estilo APA

Roque, M. (2018). Relación entre depresión y calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este (Tesis de Licenciatura). Universidad Peruana Unión, Lima.

Estilo Vancouver

1. Roque MG. Relación entre depresión y calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este (Tesis de Licenciatura). Lima: Universidad Peruana Unión, 2018.

Estilo Turabian

Roque Afray, Missael Gabriel. « Relación entre depresión y calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.» (Tesis de Licenciatura). Universidad Peruana Unión, Lima, 2018.

Ficha calcográfica:

Roque Afray, Missael Gabriel
Relación entre depresión y calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este / Autora: Missael Gabriel Roque Afray; Asesor: Dra. Damaris Susana Quinteros Zuñiga - Lima, 2018.
105 páginas: anexos, tablas.

Tesis (Licenciatura) -- Universidad Peruana Unión. Facultad de Ciencias de la Salud. EP. Psicología, 2018.
Incluye referencias y resumen.
Campo del conocimiento: Psicología-

1. Depresión. 2. Calidad de vida. 3. Enfermedad crónica. 4. Adultez.

ANEXO 07 DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS

DECLARACION JURADA
DE AUTORIA DE INFORME DE TESIS

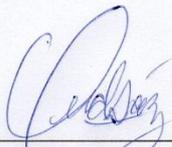
Damaris Susana Quinteros Zúñiga, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela profesional de Psicología, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: **“Relación entre depresión y calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este”** constituye la memoria que presenta el **Bachiller Missael Gabriel Roque Afray** para aspirar al título de Profesional de licenciado en Psicología ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia en Lima, a los 13 días del mes de febrero del año 2018



Dra. Damaris Susana Quinteros Zúñiga

“Relación entre depresión y calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas de un Hospital de Nivel I de Lima Este”

TESIS

Presentada para optar el título profesional de Psicólogo(a)

JURADO CALIFICADOR


Mg. Katty Esther Puente Guédez
Presidenta


Psic. Guisell Vasty Merjildo Tinoco
Secretaria


Psic. Rocío Evelin Herrera Blancas
Vocal


Dra. Damaris Susana Quinteros Zuñiga
Asesora

Ñaña, 14 de febrero de 2018

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mi estimada familia, a mi papá Percy, quien estuvo como un gran consejero y soporte en cada paso, triunfo y caída; asimismo a mi mamá Betty, por infundirme fuerza para luchar, perseverar y seguir adelante por las metas que uno mismo se traza. Del mismo modo, agradezco a mi hermano Percy Benjamín, un joven solidario, bueno y alegre y a mi pequeña hermana Talita, el día de hoy tiene 6 años y tiene mucha energía para alegrar la casa con sus ocurrencias. Por otro lado, un agradecimiento especial a mis tíos Celia, Dina, Marcelino y Clorinda por la atención brindada en mi periodo universitario. Finalmente, agradezco a mis abuelitas, Sabina y María, son ambas una fuente de afecto y admiración muy grande por su dedicación a su familia y por su acompañamiento en mi formación. Gracias por tanto cariño y fe en que lograría cada una de mis metas.

Agradecimiento

En primer lugar agradezco a Dios, por la vida, por la felicidad, alegrías, y por mi familia, que vela por cada uno de sus miembros; es, definitivamente, una bendición. Gracias por el aliento y la motivación que recibí ya sea en persona, por vía telefónica o web. Gracias por confiar en que lo lograría; gracias por hacer suya esta meta que en principio fue mía; gracias por escuchar, aconsejar y reír conmigo.

Del mismo modo, agradezco a las personas que estuvieron en mi proceso de formación de tesis, en especial a mi asesora, la Dra. Damaris Quinteros Zúñiga. Por otra parte, en relación a la institución que me acogió durante los 5 años de estudio, solo me quedan palabras de agradecimiento, mi alma máter, siempre será un lugar de conocimientos y valores, una segunda casa que llenó mi vida de recuerdos inmemorables, así como de muchas alegrías.

Por último, gracias a profesionales que contribuyeron en mi formación para ser mejor no solo como psicólogo, sino como persona, al Psic. Sixto Bonifacio y al Psic. César Talledo.

Símbolos usados

- et al. : Y otros autores.
- α : Alpha de Cronbach.
- r : Medida de correlación entre dos variables continuas.
- p : Significancia
- N^a : Numero

Índice

Dedicatoria.....	v
Agradecimiento	vi
Índice de Tablas.....	xi
Índice de Anexos	xii
Resumen	xiii
Capítulo I El problema	15
1.Planteamiento del problema	15
2.Pregunta de investigación.....	17
2.1Pregunta general	17
2.2. Pregunta específica	17
3.Justificación.....	18
4.Objetivos de la investigación.....	18
4.1.Objetivo general.....	18
4.2.Objetivo específicos.....	18
Capítulo II-Marco teórico	20
1.Presuposición filosófica.....	20
2.Antecedentes de investigación.....	22
2.1.Antecedentes internaciones.....	22

2.2.Antecedentes nacionales	24
3.Marco conceptual	27
3.1 Depresión.....	27
3.2.Calidad de vida	42
3.3.Enfermedades crónicas	47
3.4.Relación entre las variables de estudio	51
4.Definición de términos	52
5.Hipótesis de investigación	53
5.1.Hipótesis general.....	53
5.2.Hipótesis específicas.....	53
Capítulo III Material y métodos	55
1.Método de la investigación.....	55
2.Variable de la investigación.....	55
2.1.Definición conceptual	55
3.Operacionalización de las variables	57
3.1.Operacionalización de la variable depresión	57
3.2.Operacionalización de la variable calidad de vida.....	58
4.Delimitación geográfica y temporal	58
5.Participantes	58

5.1.Criterios de inclusión	59
5.2.Criterios de exclusión	59
5.3.Característica de los participantes.....	59
6.Instrumentos	60
6.1.Escala de depresión Hamilton-HDS	60
6.2.Cuestionario de calidad de salud SF 36	61
7.Proceso de recolección de datos	62
8.Procesamiento y análisis de datos	62
Capítulo VI Resultados y discusión	64
1.Resultados.....	64
1.1 Análisis descriptivo de la variable calidad de vida.....	64
1.2.Prueba de normalidad	69
1.3.Correlación entre las variables.....	70
2.Discusión	70
Capítulo V Conclusiones y recomendaciones	75
1.Conclusiones.....	75
2.Recomendaciones	77
Referencias	79

Índice de Tablas

Tabla 1 Matriz de operacionalización de la variable depresión según Hamilton	58
Tabla 2 Matriz de operacionalización de la variable calidad de vida validado por Alfaro58	
Tabla 3 Datos sociodemográficos de los participantes.....	60
Tabla 4 Nivel calidad de vida de los pacientes de un hospital nivel 1 de Lima Este	64
Tabla 5 Nivel de calidad de vida según sexo de pacientes de un hospital nivel 1 de Lima Este	66
Tabla 6 Nivel calidad de vida según la cantidad de enfermedades en pacientes de un hospital nivel 1 de Lima Este	67
Tabla 7 Niveles de depresión de pacientes de un hospital nivel 1 de Lima Este	68
Tabla 8 Nivel depresión según sexo de pacientes de un hospital nivel 1 de Lima Este.....	69
Tabla 9 Nivel depresión según edad de pacientes de un hospital nivel 1 de Lima Este.....	69
Tabla 10 Prueba de normalidad de ajuste a la curva normal para las variables de estudio.	70
Tabla 11 Coeficiente de correlación entre depresión y calidad de vida.	70

Índice de Anexos

Anexo A Matriz de consistencia.....	93
Anexo B Carta de autorización.....	95
Anexo C Fiabilidad del cuestionario de salud SF36.....	96
Anexo D Fiabilidad de la Escala Hamilton para Depresión.....	97
Anexo E Validez de constructo Cuestionario de Salud sf -36.....	98
Anexo F Validez de constructo del Escala Hamilton para Depresión.....	99
Anexo G Consentimiento informado.....	100
Anexo H Instrumento Estado de Salud SF36	101
Anexo I Escala de Depresión Hamilton-HDS	104

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre depresión y calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este. Los instrumentos utilizados para la medición fueron el cuestionario de estado de salud SF36, diseñado por el Health Institute New England Medical center de Boston en Massachusetts, en el año 1992 y la escala Hamilton para depresión cuyo autor original fue Hamilton, quien elaboró la escala en el año 1960. La muestra, estuvo conformada por 61 pacientes con enfermedades crónicas. Los resultados demostraron que existe relación moderada, inversa y altamente significativa, entre depresión y las ocho dimensiones de calidad de vida: función física ($\rho = -.331$; $p < 0.01$), rol físico ($\rho = -.407$; $p < 0.01$), dolor corporal ($\rho = -.448$; $p < 0.01$), salud general ($\rho = -.467$; $p < 0.01$), rol emocional ($\rho = -.518$; $p < 0.01$), función social ($\rho = -.537$; $p < 0.01$), vitalidad ($\rho = -.637$; $p < 0.01$) y salud mental ($\rho = -.566$; $p < 0.01$). Por lo tanto, se concluye que en los pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel 1 de Lima Este, cuantos mayores fueron los niveles de depresión menor fue la calidad de vida

Palabras clave: Depresión, Calidad de vida, Enfermedad crónica, Adultez

Abstract

The objective of the present investigation is to determine if there is a significant relationship between depression and quality of life in patients with chronic diseases of a level I hospital in Lima East. The instruments used for the measurement were the SF36 health status questionnaire designed by the Health Institute New England Medical Center of Boston in Massachusetts, in the year 1992, and the Hamilton scale for depression whose original author is Hamilton, elaborated the scale in the year 1960. The sample consisted of 61 patients with chronic diseases. The results showed that there is a moderate, inverse and highly significant relationship between depression and the eight dimensions of quality of life: physical function ($\rho = -.331$, $p < 0.01$); physical role ($\rho = -.407$; $p < 0.01$); body pain ($\rho = -.488$, $p < 0.01$); general health ($\rho = -.467$; $p < 0.01$); emotional role ($\rho = -.518$; $p < 0.01$); social function ($\rho = -.537$; $p < 0.01$); vitality ($\rho = -.637$; $p < 0.01$); mental health ($\rho = -.566$; $p < 0.01$). Therefore, it is concluded that at higher levels of depression, there will be low levels of quality of life in patients with chronic diseases of a level 1 hospital in Lima East.

Keywords: Depression, Quality of life, Chronic illness, Adulthood.

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento del problema

La depresión es una enfermedad de salud mental que en la actualidad se ha convertido en un problema de relevancia social. Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) se calcula que 300 millones de personas, entre el 2005 y el 2015, padecieron de depresión. Estas cifras están cada vez en aumento, pues se estima que en la actualidad 615 millones de personas padecen enfermedades de salud mental, siendo la ansiedad y la depresión las más frecuentes (OMS, 2016).

En España la depresión afecta a un 5% de la población, siendo esto equivalente a un total de 1.868.173 personas que sufren dicha enfermedad. En Latinoamérica, en el 2015, cerca de 50 millones de personas padecieron de depresión, esto equivalente a un 5% de la población, estas cifras son un llamado de atención para tratar con urgencia enfoques sobre la salud mental (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017).

El Perú no es ajeno a ésta problemática. En un estudio realizado por el Seguro Social de Salud (EsSalud) en las redes de hospitales de la región Ayacucho, Amazonas, Huancavelica, Ucayali, Cerro de Pasco y Cusco. Se encontraron que el 12% de pacientes, además de tener su enfermedad física, padecían el trastorno de depresión mayor, siendo la patología de salud mental más relevante (Morales, 2015).

Asimismo, Ríos, et al. (2008) señalaron la presencia de alteraciones emocionales en pacientes con complicaciones médicas crónicas, como diabetes, hipertensión, insuficiencia cardiaca, problemas óseos; evidenciando que a mayor depresión, menor bienestar físico e

insatisfacción con la imagen corporal es dichos pacientes. También, Assalvi, Aparecida y Silva (2010) mencionan que el afronte del paciente al diagnóstico médico asignado suelen presentar índices altos de estrés, depresión y ansiedad, donde síntomas depresivos priman en más alto grado.

En este sentido, Gushiken (2008) sostiene que una de las prioridades en cuanto a salud deberían ser las concernientes a la salud mental, debido al incremento de las demandas de los pacientes, es por ello que se busca facilitar recursos para mejorar el Sistema Integral de Salud y a su vez implementar mejoras en cuanto a tratamientos de depresión, ansiedad y trastornos psicóticos, con el fin de mejorar la calidad de vida de la población.

La OMS (2015) señaló que la calidad de vida es un principio dentro del bienestar del ser humano que incluye funciones, expectativas, contexto cultural y a su vez es influido por el bienestar en salud física, psicológica y en las relaciones sociales. Assalvi, Aparecida y Silva (2010) enfatizan que la calidad de vida es un aspecto importante, ya que es la percepción que tiene un individuo hacia la vida que lleva, esto a su vez tiene relación con la cultura, sistemas de valores, objetivos, expectativas y la búsqueda del equilibrio interno y externo.

Morales (2015) halló que la depresión es una alteración emocional frecuente en los pacientes de EsSalud, ocupando el 5% de las patologías, afectando directamente en el bienestar o calidad de vida y al proceso de recuperación. Por ello, surge la necesidad y la importancia en la sociedad de abordar temas referidos a los efectos de la depresión y la calidad de vida en personas que sufren por lo menos una enfermedad crónica, ya que se ven comprometido las áreas físico, social y psicológico, la cual no contribuye en la mejoría del estado de salud del paciente (Morales, 2015).

Asimismo, se ha observado en los consultorios de un hospital de nivel 1 de Lima Este, gran afluencia de consultas por motivo de episodios depresivos y sus diferentes tipos, los

cuales, de acuerdo con la gravedad de la sintomatología son tratados en el área de psicología o derivados al área de psiquiatría del mismo hospital.

Por lo expuesto anteriormente, surge la necesidad de investigar la relación entre la depresión y la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas.

2. Pregunta de investigación

2.1 Pregunta general

¿Existe relación significativa entre depresión y calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este?

2.2. Pregunta específica

¿Existe relación significativa entre depresión y función física en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este?

¿Existe relación significativa entre depresión y rol físico en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este?

¿Existe relación significativa entre depresión y dolor corporal en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este?

¿Existe relación significativa entre depresión y salud general en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este?

¿Existe relación significativa entre depresión y vitalidad en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este?

¿Existe relación significativa entre depresión y función social en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este?

¿Existe relación significativa entre depresión y rol emocional en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este?

¿Existe relación significativa entre depresión y salud mental en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este?

3. Justificación

El presente estudio buscó indagar la relación entre depresión y calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas con el fin de generar información actualizada referente a las dos variables de estudio.

Por otra parte, este estudio adquiere relevancia social, ya que será de beneficio para el hospital en donde se realizó la investigación. A través de los resultados se pudo identificar la realidad de situación emocional de los pacientes con enfermedades crónicas. De esta manera, el mencionado hospital podrá tomar las medidas correspondientes, según los resultados del estudio, para el beneficio de los pacientes con enfermedades crónicas.

Asimismo, este estudio adquiere relevancia teórica, ya que contribuye con información organizada, sistematizada y actualizada a la comunidad científica de psicología. Además, se implementó y consolidó datos cuantitativos sobre los niveles de depresión y la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas.

Por último, el presente estudio adquiere relevancia metodológica ya que, permitirá una revisión del presente estudio para el desarrollo de la literatura en pacientes con enfermedades crónicas, proponiendo nuevas hipótesis para futuras investigaciones especialmente en el contexto nacional. En cuanto a los instrumentos, se amplió el campo de aplicación de los mismos en una población cuyo estado de salud no es el más favorable.

4. Objetivos de la investigación

4.1. Objetivo general

Determinar si existe relación significativa entre depresión y calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este

4.2. Objetivo específicos

Determinar si existe relación significativa entre depresión y función física en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este

Determinar si existe relación significativa entre depresión y rol físico en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este

Determinar si existe relación significativa entre depresión y dolor corporal en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este

Determinar si existe relación significativa entre depresión y salud general en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este

Determinar si existe relación significativa entre depresión y vitalidad en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este

Determinar si existe relación significativa entre depresión y función social en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este

Determinar si existe relación significativa entre depresión y rol emocional en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este

Determinar si existe relación significativa entre depresión y salud mental en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.

Capítulo II

Marco teórico

1. Presuposición filosófica

Las emociones son reacciones que el ser humano experimenta, estas traen alegrías o acongojas. En la Biblia se encuentra la historia de Moisés que en un momento experimentó un episodio depresivo en su vida. El libro de Números 11:14-15 menciona “No puedo yo solo soportar a todo este pueblo, que me es pesado en demasía. Y si así lo haces tú conmigo, yo te ruego que me des muerte, si he hallado gracia en tus ojos; y que yo no vea mi mal”. Hubo un tiempo en que este hombre cayó en un estado depresivo, como resultado de tanta frustración, cansancio y reclamos por parte del pueblo que dirigía, llegando inclusive a desear la muerte.

En este contexto, White (1959) en el libro “Ministerio de curación”, refiere que las constantes preocupaciones y tristezas son limitaciones que perturban la mente y hacen que el cuerpo del ser humano se debilite y enferme. Del mismo modo, la Biblia menciona que “La congoja en el corazón del hombre lo abate” (Proverbios 12:25). Esto quiere decir que un estado de ánimo de tristeza y preocupación menoscaba la salud mental del hombre. Sin embargo, la Biblia también da la siguiente recomendación “Más la buena palabra lo alegra” (Proverbios 12:25), es decir, las palabras de ánimo y aliento, contribuyen a la mejoría del estado de ánimo del hombre.

Finalmente, los hábitos de vida que se practican serán un factor para desencadenar inicios de depresión, como recibir una cantidad insuficiente de oxígeno. La sangre circula a velocidad más lenta y el dióxido que debiera ser expulsado por la respiración se queda en

el cuerpo, llegando a corromper órganos como los pulmones, estómago, hígado, el cerebro, la piel, la digestión lenta. Esto hace que los pensamientos se tornen confusos, percibiendo un panorama entenebrecido y vulnerable a diversas enfermedades, lo mencionado se halla en el libro Ministerio de Curación (White, 1959).

Por otro lado, muy diferente a Moisés hubo un hombre llamado Zaqueo, “varón jefe de los publicanos y muy rico” (Lucas 19:2), que ciertamente no tenía preocupaciones a nivel económico, sin embargo, no mantenía buenas relaciones con su entorno “todos murmuraban, diciendo que había entrado a posar con un hombre pecador” (Lucas 19:7). Por otra parte, una buena calidad de vida no solo simboliza dinero y posición social para saciar necesidades básicas y secundarias, sino también es símbolo de buena salud y relaciones interpersonales adecuadas. Aportando a ello, White (1955) en su libro “El deseado de todas las gentes” menciona que la calidad de vida en el ser humano no solo beneficiara a una persona sino también al grupo de personas que la rodean, como en el caso de Zaqueo, cuando escucha de Jesús “Hoy ha venido la salvación a esta casa.” (Lucas 19:9) Así como en la historia de Zaqueo, no solo Zaqueo fue bendecido, sino toda su familia con él. Jesús fue a su casa para enseñar lecciones de verdad e instruir a su familia a seguir por una buena senda.

Acotando a ello, White (1905) en el libro Ministerio de Curación mencionó que un adecuado estado emocional podría ser la causa de atributos como firmeza, bondad, seguridad y como la resultado, autoconfianza para ganar nuevas oportunidades y mejorar la calidad de vida, por otro lado los síntomas de depresión y melancolía, también implicarían alteración en los niveles físico somático, mejorando el estado de salud “Cuando se elimina la depresión, se acelera la recuperación, siendo la confianza que un individuo pueda tener en el amor de Dios que pueda alentar a los enfermos a confiar en Dios y tener ánimo” (p. 175) En Salmos 33:21, dice que “él alegrará nuestro corazón, porque en su santo nombre

hemos confiado”. En relación a lo mencionado, White (1990) en “Mente Carácter y Personalidad” menciona que la enfermedad física viene asociada generalmente a factores psicológicos o emocionales, interfiriendo en el afrontamiento o recuperación de dicha enfermedad, generando incapacidad para realizar y disfrutar sus actividades cotidianas. Es por ello que la Biblia explica en 1 Juan 5:20, que Dios viene para dar inteligencia y bendiciones para mejorar el entendimiento a las obras de Dios y con él, bendiciones en la vida que llevamos.

2. Antecedentes de investigación

A continuación se presentan los antecedentes nacionales e internaciones, comenzando con los internacionales para luego seguir con los nacionales

2.1. Antecedentes internaciones.

Santos et al. (2017) realizaron un estudio de diseño no experimental, de alcance correlacional y corte transversal en Brasil, con el fin evaluar las asociaciones entre los métodos de afrontamiento religioso espiritual, la calidad de vida y la depresión entre los pacientes con enfermedad renal en etapa terminal sometidos a hemodiálisis. La población estuvo compuesta por 161 pacientes de 18 años de edad, ya sometidos a hemodiálisis durante más de 3 meses. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario Albardilla Religiosa (RCOPE), Outcomes Study 36-punto short form health survey (SF-36) y la Escala de Depresión de Estudios Epidemiológicos (CES-D). En los resultados se evidenció que el 72,7% presentan síntomas depresivos y el 27.3% no. En cuanto al afrontamiento de la enfermedad en los pacientes, se observó existe una correlación positiva ($p < 0.05$) entre los métodos de afrontamiento, calidad de vida y la depresión en los pacientes con enfermedad renal en etapa terminal sometidos a hemodiálisis.

También Alkhathami et al. (2017) realizaron un estudio de diseño no experimental y de alcance descriptivo, con el objetivo de medir la frecuencia e identificar los factores de

riesgo de la depresión y la ansiedad en pacientes diabéticos e hipertensos de atención primaria de salud. La muestra estuvo conformada por 368 pacientes de la ciudad de Khobar-Arabia Saudita. Se utilizó el Cuestionario sobre la salud del paciente – 9 (PHQ-9) y Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) como herramientas de diagnóstico para la depresión y ansiedad. Los resultados evidenciaron que el 48.7% de los pacientes presentaron depresión, de las cuales el 39.8% se ubicó en el nivel leve, 7.1% moderado, 1.8% grave; mientras que 38.4% de los pacientes presento ansiedad, ubicándose el 25.1% en el nivel leve, 8.8%, moderado y 4.4%, grave. La coexistencia de ambos trastornos fue del 29,5%. Por otro lado, los pacientes que no presentaron alteraciones del sueño no presentaron ansiedad ni depresión en un nivel elevado. Se concluyó que la depresión o la ansiedad en pacientes diabéticos e hipertensos influyeron en la alta morbilidad.

Así mismo, Suman et al. (2017) desarrollaron en Brasil un estudio de diseño no experimental de alcance explicativo correlacional y de corte transversal, que tuvo como objetivo evaluar la musculatura respiratoria, calidad de vida, la ansiedad y la depresión. La muestra fue de 107 pacientes con una enfermedad crónica indeterminada y los síntomas de hipertensión pulmonar. Utilizaron los siguientes instrumentos: Escala Depresión y Ansiedad del hospital y el Cuestionario SF-36. En cuanto a los resultados se obtuvieron valores similares en los tres grupos evaluados, cuya significancia más corta fue ($p < 0.05$), que lleva a la conclusión de que los pacientes con una enfermedad crónica y síntomas de hipertensión pulmonar no experimentaron ansiedad y depresión en grados significativos.

Además, Valderrama y Pedraza (2017) realizaron un estudio de diseño no experimental, de alcance descriptivo-exploratorio, de corte transversal, donde buscaron evaluar patrones de asociación entre ansiedad y depresión y los diferentes elementos del constructo de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, en estadio localmente avanzado o diseminado. El estudio se realizó con 107 mujeres colombianas. Se utilizaron las Escalas

de Asesoramiento Funcional de Terapia Crismal B y la Escala para Hospital - Ansiedad y Depresión. Los resultados indican que el constructo de calidad de vida dificulta el diagnóstico del trastorno depresivo en pacientes con cáncer, por lo que puede ser necesario desarrollar instrumentos que permitan localizar síntomas o características clínicas que faciliten este diagnóstico, llegando la varianza a un máximo de 59% en ambos constructos. Por lo que se concluye que la asociación entre la depresión y síntomas físicos del presente constructo de calidad de vida no aporta en el diagnóstico de depresión en pacientes oncológicos, por lo que se sugiere desarrollar un constructo que facilite el diagnóstico.

También, Aggelopoulou et al. (2017) realizaron un estudio de diseño no experimental, de alcance descriptivo y de corte transversal en el que buscaban la evaluar el nivel de ansiedad, depresión y calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca hospitalizados en los servicios de cardiología de 2 hospitales pertenecientes a Atenas, Grecia. La muestra estuvo compuesta por 231 pacientes. Para la medición se utilizó el Cuestionario de Minnesota Viviendo con Insuficiencia Cardíaca – MLHFQ, el Inventario de Ansiedad-STAI y el Cuestionario de Maastricht-MQ. En los resultados se evidenció una mala calidad de vida, altos niveles de ansiedad y un nivel de depresión medio, los datos que pudieron influir en los resultados fueron la edad, bajo nivel de educación, desempleo, mala situación económica, hospitalizaciones frecuentes, e insuficiencia cardíaca en los estadios III y IV, con la misma significancia en todos los casos ($p < 0.001$). Por ello se concluye que los pacientes con insuficiencia cardíaca presentan síntomas graves de ansiedad y depresión y mala calidad de vida.

2.2. Antecedentes nacionales

Por otro lado, Bastidas y Galarza (2016) realizaron un estudio de diseño no experimental, de alcance correlacional y corte transversal donde buscaron determinar la relación entre los tipos de colostomía según su localización y la calidad de vida en los

pacientes colostomizados. La muestra estuvo constituida por 90 pacientes. Se usó el Cuestionario SF36 para medir la calidad de vida y para el tipo de colostomía según su localización, se utilizó una guía de evaluación. En los resultados se evidenció que existe relación entre colostomía ascendente, transversa y calidad de vida en la dimensión física ($p= 0,031$) y mental ($p= 0,008$). Por otro lado, en la colostomía descendente solo se encontró relación significativa con la dimensión mental ($p= 0,031$), Por lo que se concluyó que los tipos de colostomía según su ubicación y la calidad de vida de los pacientes colostomizados se relacionaron significativamente, debido a que estos pacientes experimentan situaciones desagradables por los cambios fisiológicos, dietéticos, psicológicos, estéticos, sociales y económicos, que experimentan después de la cirugía.

Del mismo modo, Villanueva y Casas (2014) a través de un estudio de diseño no experimental, de alcance correlacional y corte transversal, buscaron determinar la relación entre depresión y calidad de vida en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un hospital de EsSalud en Lima. Los participantes fueron 39 pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario SF-36 de salud y el Inventario de Depresión de Beck II. En los resultados se encontró que al relacionar la calidad de vida con la depresión se obtuvieron resultados estadísticamente significativos ($p=.000$). Concluyendo que existe una relación significativa inversa entre las variables depresión y la calidad de vida, es decir, que a mayor depresión, se mostrará un menor nivel de calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis.

Además, Castillo (2014) realizó un estudio con el objetivo de determinar la relación entre calidad de vida y depresión en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario de Chiclayo. El estudio fue de diseño no experimental, de alcance correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo compuesta por 100 pacientes con artritis reumatoide en etapa temprana. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario

de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF) y el Inventario de Depresión de Beck. Los resultados arrojaron la correlación entre calidad de vida y depresión en pacientes con artritis reumatoide ($p < 0.001$). Se concluyó que existe relación entre las variables mencionadas, así como, alta calidad de vida y ausencia de sintomatología depresiva en los pacientes con artritis reumatoide.

Anteriormente, Patilla (2011) ya había realizado un estudio de diseño no experimental, de alcance comparativo y de corte transversal, buscando establecer la diferencia existente entre la ansiedad, depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos con y sin adherencia al tratamiento. La muestra estuvo compuesta por 55 pacientes de ambos sexos, con el diagnóstico de diabetes meningitis tipo 2 atendidos en consulta externa en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Ansiedad Zung y la Escala de Depresión Zung. Los resultados revelan la existencia de diferencias significativas entre la ansiedad y depresión en situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos con adherencia y los pacientes sin adherencia al tratamiento con un puntuación menor a ($p < 0.005$). De esta manera, se concluye que los pacientes sin adherencia mostraron mayor probabilidad de presentar altos grados de ansiedad y depresión.

Finalmente, Alfaro (2011) realizó un estudio de diseño no experimental, de alcance correlacional y corte transversal, cuyo objetivo fue estudiar la relación entre el Locus de Control de la salud y la Calidad de vida relacionada a la salud en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, en tratamiento de hemodiálisis. La muestra estuvo conformada por 100 personas con insuficiencia renal crónica, el rango de edades de los participantes oscilaba entre 20 y 70 años, pacientes en tratamiento de hemodiálisis pertenecientes a cuatro centros de salud en la ciudad de Lima. En cuanto a los instrumentos se utilizó el Cuestionario SF-36 y la Escala Multidimensional de Locus de Control. Los

resultados mostraron que, un mayor locus interno y una menor orientación externa, están asociados a mejores niveles de calidad de vida relacionada a la salud en diversas dimensiones ($p < 0.05$).

3. Marco conceptual

En esta sección se presenta las definiciones de ambas variables, modelos teóricos, síntomas, tratamientos y dimensiones, en primer lugar de las variables depresión, calidad de vida y enfermedades crónicas. Luego la definición de los términos del estudio y, finalmente, se expone la hipótesis general y las hipótesis específicas.

3.1 Depresión

3.1.1. Definiciones de depresión

Beck (citado por Sanz, 1993) definió la depresión como una percepción errónea en la que el individuo considera todo lo que acontece a su alrededor como negativo y agobiante, llevando a la persona a vivir en un estado de tristeza y desinterés. Esta visión negativa de las cosas, engloba la visión hacia sí mismo, hacia su entorno y hacia las cosas que aún no han sucedido. Sin embargo, se anticipa en creer que no todo continuara igual. Este sesgo en el procesamiento cognitivo altera el estilo de vida de la persona, llevándola a experimentar síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan a la depresión. De igual forma, Kramlinger (2002) refiere que es una alteración que compromete otras áreas de la esfera mental. Asimismo, se suele confundir con otras alteraciones como el estrés, el sueño, exceso laboral. Por otra parte, la depresión es una patología que no solo hace referencia a factores emocionales, sino que también involucra factores físicos y externos, como es la deficiencia funcional de neurotransmisores, receptores adrenérgicos, la reducción funcional del nivel de serotonina (Butcher, Mineka y

Hooley, 2006). Por consiguiente, Henningsen, Zimmerman y Sattel (2003) mencionaron que la depresión es una alteración que puede causar discapacidad en el individuo que lo posee, además, en relación a enfermedades crónicas incapacitantes, se puede decir que supera a algunas enfermedades crónicas como la hipertensión, la artritis, la diabetes y el dolor lumbar.

Por último, cabe resaltar que la depresión es una patología del estado de ánimo, capaz de alterar y perjudicar la conducta de la persona, causando desgano, irritabilidad, labilidad emocional y pérdida del interés en las actividades, llegando a ser incapacitante y un riesgo para la vida del individuo que la posee en grado severo.

3.1.2. Causas de la depresión

No existe una causa establecida para que se dé esta alteración mental, ya que es multicausal. Del mismo modo, la influencia del entorno donde vive el individuo, será un soporte o un detonante para que este sea vulnerable o no a este trastorno:

3.1.2.1. Causas biológicas:

Las causas biológicas relacionadas a la depresión no son suficientes para desencadenar un cuadro depresivo completo, este será influenciado por la sociedad y el entorno cercano al individuo. Por otro lado, Nolen-Hoeksema, Larson y Gayson (1999) aludía que la depresión se daba por diversos cambios químicos en el cerebro.

a. Factores químicos: el área química cerebral posee un grupo de biomoléculas llamadas neurotransmisores, las alteraciones de estas biomoléculas pueden causar depresión, es decir que la liberación desproporcionada de neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina y dopamina, podrían ser relevantes en la génesis de la depresión ya que ellos participan claramente en los mecanismos periféricos y reacciones al estrés agudo; así como en los estados emocionales (Nolen-Hoeksema, Larson y Gayson, 1999). Por otro lado, en cuanto a los niveles altos de serotonina, los mencionados autores señalan

que producen calma, paciencia, control de uno mismo, sociabilidad, adaptabilidad y humor estable, a diferencia de los niveles bajos, que producen hiperactividad, agresividad, impulsividad, fluctuaciones del humor, irritabilidad, ansiedad, insomnio, depresión y migraña (Sailor, 2012).

San Molina y Arranz (2010) señalaron que cuando el individuo se encuentra expuesto a altos grados de estrés, el cerebro libera la corticotropina, que estimula su incremento y dispensación en la sangre, llegando así a las glándulas suprarrenales, donde se produce el cortisol que a su vez altera la producción de adrenalina, generando, inhibición de los estados emocionales, respuesta incrementada al dolor y disminución o aumento del sueño.

b. Factores genéticos: Zúñiga, Sandoval, Juárez y Villaseñor (2005) proponen que la depresión tiene un factor genético ya que tiende a afectar a miembros de la misma familia, por lo que se puede heredar una predisposición biológica en parientes de primer grado. Por otro lado, mencionan que las personas cuyo diagnóstico es bipolaridad, tienen de 1.5 a 3 veces más probabilidad para desarrollar una depresión grave, en sus futuras generaciones. Del mismo modo se manifiesta que si la persona que padece de depresión está en una edad temprana, tendrá repercusión en el futuro con los familiares que están en su entorno. Al respecto, Arrivillaga, Cortés, Goicochea, Lozano (2003) refiere que las personas de sexo femenino son más propensas a la depresión por factores biológicos y eventos como ciclo menstrual, alteraciones hormonales, estrés, entre otros. Mitjans y Arias (2012) señaló que existe una teoría que se llama genes-ambiente, que explica la interacción que tiene el padre o madre con factores ambientales, experiencias que dieron como resultado un alto grado de sensibilidad. Si esta experiencia logra repetirse de forma continua, consolidara en la persona un genotipo propio que lo acompañará a lo largo de su vida, estos son llamados los genotipos de riesgo, y confieren una amplia posibilidad de padecer un trastorno depresivo,

y la activación de estos genotipos se dará por el acontecimiento de un evento que exponga un cierto grado de sensibilidad.

San Molina y Arranz (2010) mencionan que hay tendencia a desarrollar depresión en el individuo, cuando se presenta depresión mayor o bipolaridad en los antecedentes familiares hasta el tercer nivel de vida, siendo este un factor no determinante, sin embargo, influyente para el diagnóstico clínico, haciendo a la persona más vulnerable a esta patología.

c. Factores hormonales: Calderón (1999) menciona que la funcionalidad del hipotálamo se ve relacionada con el estado depresivo, todo ello por la secreción hormonal. Produce y libera proteínas pequeñas llamadas péptidas, estas actúan sobre las glándulas hipófisis. Es de gran relevancia, ya que estos péptidos incitan o inhiben la segregación de varias hormonas a el torrente sanguíneo, ello acontece cuando se da una amenaza que pone al cuerpo en alerta (eje HPA), en varios estudios que se hace a personas con depresión se ve reflejado el incremento en la actividad del eje HPA.

3.1.2.2. Causas psicológicas

Gemma (2012) propuso que la formación que recibimos en etapas muy tempranas como la infancia son parte a la formación de estados depresivos, así también como las experiencias negativas como, por ejemplo, los traumas con las figuras paternas o la violencia influyen en la aparición de una depresión, formándose un patrón en la mente del individuo, llegando a percibir autorechazo y una imagen propia negativa, y desconfianza de su entorno y pesimismo hacia el futuro. En cuanto a la frecuencia en el género, Garay y Farfan (2007) mencionaron que a nivel psicológico, las personas de sexo femenino expresan las dificultades que experimentan a los demás y se culpan con mayor frecuencia de las situaciones difíciles que los hombres; como ello es frecuente, se establece que las mujeres tienen menor control y más depresión que los hombres. Afirman lo mencionado Piccnelli y Wilkinson (2000), quienes demostraron que la tasa de depresión es más

elevada en mujeres, ya que ellas padecen más alteraciones en el apetito, sueño, ansiedad y problemas somáticos. Sin embargo, se señala que las diferencias de género no son reales porque las mujeres reportan sintomatología depresiva al asistir a un centro de salud para tratar dicha alteración mental, mientras que los varones utilizan alcohol o drogas para disminuir los síntomas además de no ser frecuentes en los centros de salud (Angst, citado por Gaviria y Silvia, 2009).

3.1.2.3. Causas sociales

En cuanto a los factores socioculturales entre hombres y mujeres, la diferencia se da cuando se toca áreas como el tipo de educación, oportunidades laborales, prácticas negativas de crianza y exposición a traumas específicos. Todos estos factores contribuyen a diversos eventos que se repetirán como imágenes mentales, que llevarán a la persona a sentimientos de fracaso y depresión, llegando a establecerse como parte de su forma de pensar y actuar (Widiger y Spitzer, 1991) Del mismo modo, Kaplan (1986) mencionó que la manera de formación y crianza, puede llevar a las mujeres a ser más inseguras, ansiosas y temerosas, preocupadas por la evaluación de otros mientras que a los varones desarrollan un sentido de dominio, de modo que consideran poco relevante la opinión de entes externos.

3.1.3. Criterios para el diagnóstico de la depresión

Beck, Steer y Brow (2006) mencionaron que un estado anímico que involucra tristeza no es el único indicador de depresión, sino que también se deben considerar criterios como, el pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimiento de culpa, castigo, desconformidad con uno mismo, críticas hacia uno mismo, ideas suicidas o pensamientos, pérdida de capacidad del disfrute, cambios en el sueño y apetito, falta de concentración,

abatimiento, pérdida del deseo por el sexo; también deben considerarse todos ellos como indicadores de la depresión.

La depresión según el “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición” (DSM IV) presenta los siguientes diagnósticos. Cabe señalar que, se puede considerar al trastorno como depresión si se evidencia la presencia de cinco a más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
- Insomnio o hipersomnia casi cada día
- Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- Fatiga o pérdida de energía casi cada día
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

Del mismo modo, la *American Psychiatric Association* (2013) menciona los siguientes criterios en su quinta edición:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi en su totalidad según lo revela el sujeto.
- Anhedonia: Se define como el rendimiento o el goce disminuido en su totalidad o casi todas las actividades, la mayoría del tiempo se manifiesta por la deserción de actividades usuales, como por ejemplo el deporte y las actividades recreativas.
- Pérdida de peso significativa no debida a dietas o aumento de peso (cambio en el peso corporal mayor del 5% en un mes), o disminución o incremento en el apetito casi cada día
- En cuanto al aspecto psicossomático: cambios en los patrones de sueño, puede disminuir su rendimiento cognitivo.
- En el aspecto psicomotor hay retardo se cansan sin motivo y el nivel de actividad disminuye o por lo contrario hay agitación.
- Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada casi a diario (no siendo de manera sencilla autoreproches o culpa por alguna patología o estar enfermo).
- Disminución para concentrarse o pensar, estando en una constante indecisión, casi a diario.

- Pensamientos periódicos de muerte (que no sólo es el temer a la muerte), ideas suicida muy frecuentes sin tener una planificación específica o una tentativa de cometido.
- Una pérdida de la capacidad disfrutar e interesarse por las actividades y materiales.
- Una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo.
- Síntomas físicos como dolores de cabeza, trastornos digestivos o dolor crónico.
- Se comporta de una manera agresiva, sufre ataques de rabia u hostilidad persistente, se irrita o sensibiliza frente a pequeñas frustraciones.
- Tendencia constante a descalificarse.

3.1.4. Modelos teóricos de depresión

3.1.4.1. Teoría Cognitiva de Beck

Beck (citado por Butcher, Mineka y Hooley, 2006) considera que los síntomas más destacados de la depresión eran los de carácter afectivo o estado de ánimo, sin embargo, en la presente teórica Beck plantea que son los síntomas cognitivos los que preceden y provocan los síntomas afectivos o de estado de ánimo, estos son pensamiento negativos rígidos que al mantenerse durante un lapso prolongado de tiempo forman esquemas los cuales desencadenan en un alteración mental, quedando la persona vulnerable a un trastorno depresivo, resaltando que esta no presentará ninguna crisis hasta la aparición de un eventos o situación estresante.

Así mismo, el presente instrumento se basa en la teoría de Beck, ya que se evalúan los síntomas cognitivos y emocionales que presenta la persona evaluada.

Beck, Rush, Shaw y Emery (2002) refirieron un modelo básico que propone tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

a. *Triada Cognitiva*: Beck et al (2002) mencionan tres componentes que inducen al paciente a la depresión según Beck:

- *Primer componente*: centra la visión negativa del paciente en sí mismo, el paciente se percibe a sí mismo como sin valor, torpe, atribuyéndose como enfermo y en algunos casos deforme, tiende a subestimarse y revive experiencias pasadas, enfocándose en los errores, por otro lado, piensa que carece de virtudes para alcanzar la felicidad plena
- *Segundo componente*: centra la visión negativa en el pasado interpretando sus experiencias de manera negativa, las demandas de la sociedad le parecen imposibles de cumplir, estas interpretaciones se hacen evidentes cuando el paciente toma una dirección equivocada de las consecuencias, del mismo modo las alternativas de solución vienen acompañadas de efecto negativos.
- *Tercer componente*: centra la visión en el futuro, anticipándose al fracaso, dificultades, sufrimientos que continuaran indefinidamente, todos los posibles resultados lo llevarán al fracaso y las respectivas se centran en ese punto. Es una percepción negativa y desaprobación de sí mismo, así como una visión negativa del entorno, por otro lado, tienden a percibir el mundo como hostil y exigente, y visión del futuro con expectativas de fracaso y sufrimiento, experimentando sentimientos de culpa, focalizando su atención en aspectos defectuosos del pasado, presente y futuro, no valorando otras opciones de recuperación optan por la derrota y el suicidio (Beck 1964, Citado por Ortiz de Zarate, Alonso, Ubis y Ruiz de Azúa).

b. *Errores en el procesamiento de la información*: Beck et al. (2002) sostienen que en el individuo con depresión se instaurarán creencias que tendrán una gran validez para el

paciente, todo esto por una alteración en el pensamiento, a continuación alguna de las creencias más comunes:

- Inferencia arbitraria: adelanta una conclusión ante una situación a la que le falta evidencias que le apoyen.
- Abstracción selectiva: toma un fragmento de una situación para calificarla de una determinada forma.
- Generalización excesiva: crea una regla general, a partir del resultado de varias situaciones aisladas a la presente.
- Maximización y minimización: una distorsión para calificar una acción o pensamiento realizado por su entorno o por el mismo.
- Personalización: se refiere a la tendencia, para atribuirse a sí mismo problemas externos, sin necesidad que haya una conexión para hacerlo.
- Pensamiento absolutista: cataloga las acciones como buenas o mala, limpias o sucias, calificando las cosas en extremos.

3.1.4.2. Teoría psicodinámica

Sobre la presente teoría Hipócrates resaltó la palabra melancolía asociándola con la represión del ser humano, posteriormente Freud establecería las diferencias entre la pérdida consciente que es real y la pérdida inconsciente relacionada con la melancolía. Esta nueva propuesta aportaría para diferir entre una pérdida por duelo, real y una pérdida por melancolía, falsa. Asimismo, Freud pronunció melancolía como algo ambivalente, el amor por no querer separarse de aquello que se está perdiendo, y por otro lado, odio por la situación que se vive, llegando a desear la pérdida de ello que quieres. Al poder solucionar dicho conflicto el yo experimenta sentimiento de frustración y el odio recae sobre su propio Yo, deseando todo lo malo para ese Yo (Ávila, 1990). Así mismo, Freud explica que el luto y la depresión son un claro ejemplo para explicar la teoría psicodinámica,

debido a que en estos casos, la persona incorpora la pérdida, por lo que experimenta los sentimientos hacia sí mismo y hacia esa persona, estos sentimientos no solo son de tristeza sino también pueden estar acompañados con ira, cólera, hostilidad (Butcher et al., 2006)

3.1.4.3. Teoría de Albert Ellis

Ellis (Citado por, Beck et al, 2002) propuso un enfoque que dio gran importancia a las creencias irracionales representadas de manera verbal con las palabras como debe, debería o tiene que, tornándose absolutista y catastrófica la percepción del entorno, y a su vez esto es seguido por emociones negativas inapropiadas o insanas, como la ira, la ansiedad, la depresión, la culpabilidad o la vergüenza y a una acción consecuente. Del mismo modo, Dryden y Ellis (1989) mencionan que las conductas que el ser humano ejecuta serán producto de las frases irracionales que circulan una y otra vez producto de la rumia. Esto no es algo a lo que la persona se pueda oponer ya que estas se basaran principalmente en las enseñanzas que se dieron en la niñez, amigos, y medios de comunicación ,la mayoría de acciones producto de ideas irracionales llevarán a las personas a menudo a optar por conductas de autodestrucción que de autovaloración. Un ejemplo claro de ello es que, es más sencillo comer más de la cuenta que seguir una dieta sencilla Por otro lado los terapeutas debieran ser un reflejo de lo que ofrecen, sin embargo, actúan tan irracionalmente en su vida personal y profesional como sus pacientes.

3.1.4.4. Teoría conductual

Watson (Citado por Beck et al., 2002) sostuvo que, cuando una respuesta conductual deja de producir refuerzo positivo, da a lugar a castigos y reproches, se dice que las personas con depresión reciben refuerzos no verbales, de su familia, amigos, compañeros, y demás, causando en ellos desgano y desmotivación para el desarrollo de sus actividades síntomas de la depresión.

La depresión es una enfermedad del cuerpo y de la mente, la mayoría presenta síntomas físicos y psicológicos, así como en muchas ocasiones no evidencien ninguno de estos síntomas pero su comportamiento varía de manera inusual (San Molina y Arranz, 2010).

3.1.5. Síntomas psicológicos

Según, San Molina y Arranz (2010) refirieron que los síntomas psicológicos son los siguientes:

a. Tristeza: algo variable en la depresión, no necesariamente las personas con depresión van a estar con un estado de ánimo bajo, en algunos casos se presenta sintomatología física sin que o dificultad en la expresión de las emociones. Sin embargo, al hablar de tristeza en la depresión, nos referimos a una emoción muy marcada, persistente, así mismo cuando es moderado o grave la tristeza es más intensa por la mañana y disminuye en el transcurso del día, pero no desaparece. Asimismo, Beck et al (2002) mencionan que los pacientes depresivos suelen informar de un cierto grado de tristeza e infelicidad. Algunos pacientes experimentan periodos alternantes, describiéndolo como una tristeza que embarga todo su cuerpo. Se da la circunstancia de que el paciente experimenta este dolor psíquico cada que su tolerancia y su capacidad para afrontar el dolor de cualquier tipo se sitúan en niveles bajos.

b. Anhedonia: es la incapacidad para disfrutar de las actividades que antes se solía disfrutar, llegando a un estado en el que nada de lo que se hace nos produce placer.

c. Ansiedad: es una constante sensación de alerta que es mantenida por meses, llevando a generar altos niveles de adrenalina que a su vez activa el cuerpo y tensión muscular para actuar ante posibles peligros, se puede decir que este sería un síntoma fundamental para determinar ansiedad en una persona. Beck et al (2002) manifestó que es un indicador frecuente en la depresión, un componente que acompaña a esta alteración

mental durante su curso e intensidad, sin embargo, en algunos casos incrementa el grado de ansiedad cuando la depresión va desapareciendo.

d. Alucinaciones: se llegan a presentar en personas con depresión, una percepción distorsionada de la realidad, generalmente asociada a lo auditivo, como voces que la amenazaban, critican o acusan de algo, algo muy diferente a los delirios que son pensamientos falsos, cabe resaltar que las alucinaciones se suelen presentar en lo que se conoce como depresión mayor mientras que los delirios en la depresión moderada.

e. Impulsos suicidas: la persona altera la percepción, y se enfoca el pasado como una experiencia llena de errores, el presente como un estado actual horrible y el futuro como algo amenazante, llegando a la conclusión que no vale la pena vivir, que son una carga, el paciente deprimido puede llegar a pensar que la muerte puede ser la única salida para acabar con el sufrimiento y la tortura de despertar cada día, no analizan que puede haber una solución. Aportando a la sintomatología psicológica, Beck et al (2002) añade dos síntomas psicológicos afectivos y emocionales, los cuales son mencionados a continuación:

f. Cólera: forma para contrarrestar la tristeza, sin embargo, el tener mucho cuidado ya que los pacientes depresivos suelen experimentar culpabilidad y decaimiento después de pasar por episodios de ira y cólera.

g. Sentimiento de culpabilidad: se presenta como un sentimiento latente, una sensación de estar haciendo las cosas mal, basándose en patrones arbitrarios y no por conclusiones externas, teniendo un curso gradual en los pacientes depresivos.

3.1.6. Síntomas físicos

Las personas con depresión suelen aquejar síntomas físicos que muchas veces son confundidas con enfermedades físicas, esta se conoce como depresión enmascarada, ya que

no se evidencia sintomatología psicológica pero sí la sintomatología física (San Molina y Arranz, 2010)

a. *Problemas de sueño:* los problemas de sueño se presentan como algo frecuente, llegando a generar cansancio evidente en las personas con depresión, el sueño durante el curso se torna complicado para lograr conciliarlo, así como cansancio para iniciar las actividades del día o por otro lado, tener lapsos de insomnio.

h. *Enlentecimiento mental y físico:* mencionaron que las personas suelen sentirse exhaustos para realizar las actividades habituales, se evidencia en algunos casos que la forma de hablar es mucho más lenta, el tono de voz es más bajo, los movimientos son más lentos y en mujeres dejan de menstruar.

i. *Pérdida del apetito:* durante esta alteración se puede bajar de peso, debido a que, la comida puede parecer insípida, no siendo apetitosa para ingerirla, así mismo hay una supresión del hambre.

j. *Dolor:* mencionaron que se trata de un dolor que no tiene procedencia específica, con tendencia a ser crónica, si no se trata a tiempo, se presentan en zonas específicas como el tórax, refiriendo una enfermedad cardiaca más frecuente en adultos y dolor abdominal más frecuente en niños.

3.1.7. Clasificación de la depresión

La clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS versión 10 (CIE 10) da a conocer lo siguientes:

Según el CIE-10 los episodios depresivos, ya sean leves, moderados o graves, se caracteriza generalmente por tener desánimo, incapacidad del disfrute, suelen tener cansancio sin haber hecho alguna actividad, se altera el sueño, la alimentación es diferente, no se concentran fácilmente, no hay confianza en uno mismo, por ende resultan tener baja autoestima, suelen tener enlentecimiento psicomotor, la libido disminuye, etc. Esto va en

función de la severidad de síntomas y la cantidad de ellos, esto los lleva a especificar como un episodio leve, moderado o grave (OMS, 2000):

a. Episodio depresivo leve: los síntomas más típicos de la depresión suelen considerarse como ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatiga, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, el episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

b. Episodio depresivo moderado: la persona que tenga un episodio depresivo moderado debe presentar dos a tres síntomas del episodio depresivo leve, además la persona suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

c. Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos: durante un episodio depresivo grave, presentan una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. La pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa son importantes, ya que pueden causar el riesgo de suicidio. Durante este periodo no es probable que el enfermo sea capaz de seguir con su actividad laboral, social o doméstica, simplemente lo hará de un grado limitado.

d. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos: En esta etapa se presentan ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de las que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave progresa hasta el estupor.

3.1.8. Tratamientos para la depresión

Cuando la depresión se trata utilizando medicación, los resultados se ven de manera casi automática; por otro lado, este tratamiento es muy adecuado para el problema, ya que se

inhiben la monoaminooxidasa y las sales de litio; parte del tratamiento farmacológico es el recaptar la serotonina para bajar el grado de las alucinaciones producto de una alteración a nivel de este neurotransmisor. Todos estos fármacos, a pesar de haber sido diseñados para el funcionamiento a nivel molecular, solo cumplen una función de mantenimiento mientras se siga el tratamiento (Xesús, 2010). Por otro lado, Frazer, Christensen y Griffiths (2005) mencionaron que el tratamiento para la depresión en la mejoría de la calidad de vida, así mismo la farmacología asociada a la psicoterapia es la mejor opción para una recuperación que durará un promedio de 8 a 10 sesiones, sin embargo, este tratamiento en adultos mayores es mucho más óptimo si se acompaña con musicoterapia y actividad física.

3.2. Calidad de vida

3.2.1. Definiciones de calidad de vida

Levi y Anderson (citado por Oblitas, 2006) define la calidad de vida como una perspectiva de evaluación integral que incluye: el estado de salud, adecuada alimentación, educación en caso de menores y trabajo vivienda en caso de adultos, protección, vestimenta, descanso, pertenencias y propiedades, economía y actividad cotidiana. Al respecto, Choi, Cancion y Ku (2017) conceptualizaron la calidad de vida como una estrategia de mejora, que puede ser mantenida por programas eficaces que nutran el *self* o el alma de la persona, para optar por la prevención y promoción de la salud. Por otra parte, Casas (1999) concibió la calidad de vida como el ámbito que abarca varios factores de interés para lograr un solo fin en común, partiendo de una realidad social, en la que se busca el bienestar del propio individuo y a su vez, el bienestar en general de todo un grupo. Al hablar de calidad de vida se habla de una valoración de personas y de sus situaciones en caso de pacientes está en el lograr una mejor relación del paciente hacia sí mismo y hacia los demás. Por su parte, Millán (2011) señaló que calidad de vida es la forma en que un individuo se ve desde su propio punto de vista, esto va de acuerdo con la realidad del

mismo y al contexto cultural, así como a los valores sociales en el que vive, aspiraciones, objetivos, metas, principios y angustias.

Por último, se concluye en que calidad de vida es un factor de búsqueda constante, que abarca muchos aspectos de la vida cotidiana, como la alimentación, el hacer ejercicio, tener buena salud, ello nos ayudara a mantener vitalidad en nuestro desempeño. Una vez que un individuo está bien y posee calidad de vida, puede desarrollar relaciones interpersonales que serán provechosas para conservar la calidad de vida y llegar a la satisfacción integral que muchos siguen, pero muy pocos consiguen.

3.2.2. Dimensiones de calidad de vida

El Cuestionario de salud SF36, son propuestas por Tuesta (2005) consta de 8 dimensiones las cuales:

a. Función física: el nivel en el que la carencia de salud restringe el adecuado desempeño de las actividades físicas y las actividades correspondientes a la vida cotidiana. Un individuo con un desempeño adecuado en esta dimensión evidenciaría vigor, diligencia, sin fatiga excesiva y con energía para hacer las actividades. El objetivo en medir la presente dimensión es observar hasta qué punto puede perjudicar esta dimensión a la persona, considerando que algunas de las actividades específicas tienen relación con el autocuidado, como caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar cargas y la realización de esfuerzos moderados o fuertes.

b. Rol físico: hace referencia al nivel en que la falta de salud dificulta las actividades laborales y hogareñas, causando disminución y hasta limitación en cuanto al rendimiento de las actividades propias de la persona.

c. Dolor corporal: es el grado del dolor padecido, por otra parte la medición refiere evaluar los efectos de las actividades tanto en el hogar como en las labores ocupacionales, al incrementar los niveles de dolor corporal afectaría a la satisfacción total de la persona.

d. Salud general: es el grado en que se percibe su vida referente a la salud y las expectativas hacia las enfermedades, por otro lado, la presente dimensión estará ligada a las demás dimensiones, es decir, comprenderá el bienestar físico, mental y social.

e. Rol emocional: el nivel de afección que dejan alteraciones emocionales y las limitaciones que contraen las mismas en el área laboral y otras actividades cotidianas, incluyendo entre sus indicadores: reducción del tiempo dedicado a esas actividades, el menor rendimiento y menor cuidado al trabajar.

f. Función social: hace referencia al grado que las áreas físicas, emocionales y conductuales afectan y deterioran la interacción con el medio, generando inhibición, tristeza, falta de interés por relacionarse.

g. Vitalidad: se refiere a la energía que tiene la persona después de continuas actividades, el panorama que se tiene de la vida es por ello que uno de los componentes básicos para adquirir la vitalidad es la calidad del sueño, ya que es la forma natural que tiene el cuerpo de regenerarse, de cuidarse y de prepararse para lo que viene.

h. Salud mental: la salud mental hace referencia al sintomatología como depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional, debido a que todo ello va relacionado con la promoción del bienestar en general, por otra parte, esta dimensión busca también la prevención de trastornos mentales, así como su intervención y rehabilitación.

3.2.3. Modelos teóricos de la calidad de vida

3.2.3.1. Modelo biomédico

Engel (1977) mencionó que la relación comunicativa entre lo que expresa el paciente y lo que diagnostica el médico será de suma relevancia, ya que un examen médico no puede ser más relevante que una entrevista médica, basando el diagnóstico en la información que proporcione el paciente, no desestimando las áreas psicológica y social. Es el estudio completo de la enfermedad con relación a las experiencias vividas por el paciente y el

modo de afronte que ha tenido. Por otra parte, esta teoría sostiene que un proceso médico completo será fundamental para determinar mejoría y vida con calidad, en el paciente.

3.2.3.2. Modelo Biopsicosocial

Oblitas (2006) resaltó que la salud y patología, son ambos factores multidisciplinarios y multicausales, debido a que el origen no depende de un solo factor, ello es porque son grupo de procesos saludables, tales como contexto social, ambiente físico, circunstancias socioeconómicas, factores climáticos, y otros más, asimismo, la salud sería un estado y un proceso, que se alcanza cuando hay armonía, biológica, psicológica y con el entorno socioambiental.

Esta teoría se utiliza para este estudio ya que el instrumento evalúa varios factores y considera que la calidad de vida son un conjunto de factores que dan como resultado un óptima o baja calidad de vida

3.2.3.3. Modelo del Psicoanálisis y medicina psicosomática

Freud (1959) propuso que en todo organismo humano se halla una zona prohibida llamada inconsciente, en ella se encuentran reprimidos los impulsos inaceptables los cuales buscan formas alternativas de descarga, entonces se eran expresados a un nivel somático y todo relacionado etiológicamente a un evento psíquico. En la mayoría de ocasiones se ponía como referente a la alteración de la historia, donde el paciente desplazaría la experiencia dolosa al inconsciente y el resultado se daría con el pase del tiempo en forma de problema físico.

3.2.4. Estrategias de mejora de la calidad de vida

Oblitas (2006) presentó estrategias para mejorar un proceso de mejora en la calidad, donde se tiene componentes distintos, pero que al interrelacionarlos, dan como resultado una construcción personal, haciendo uso de distintos factores que incluyen dentro de sí:

somatizaciones, emociones y ambiente social y calidad de vida como un resultado de la optimización de estas.

3.2.4.1. *Área física*

Oblitas (2006) refiere que para reforzar u optimizar esta dimensión se puede recurrir a mejorar las siguientes áreas:

a. *Nutrición*: se registra que los índices patológicos más bajos se dan en personas que siguen un estilo de vida saludable en cuanto a la alimentación, teniendo el fundamento que todo lo que ingerimos pasará por un proceso metabólico de energía para los sistemas y el soporte adecuado del organismo a través de alimentos básicos como los vegetales y frutas, que a su vez proveen, un peso ideal, energía para el cuerpo y una mente más despejada.

b. *Ejercicio físico*: un estilo de vida en el que se incluye la actividad física, constituirá un factor protector de la salud física y emocional, teniendo ventajas, como un mejoramiento del humor, disminuye la depresión, ansiedad e incrementan el vigor en las actividades cotidianas, del mismo modo se registran enfermedades que tienen un mayor grado de persistencia cuando el ejercicio físico se da en baja frecuencia o cuando se mantiene un alto grado de reposo, estos son, hipertensión, presión sanguínea, problemas digestivos, cánceres, osteoporosis, diabetes, entre otras.

c. *Respiración*: un factor esencial de vida, y está relacionado estrechamente con los procesos cognitivo y del comportamiento, llegando a alterar en la persona el control de impulsos, y aumentando la tolerancia ante las demandas inadecuadas de la sociedad, por otro lado la presencia de dificultades como una baja tolerancia a la frustración en sus relaciones interpersonales y control de impulsos, hacen que se abandone esta estrategia.

3.2.4.2. *Área subjetiva cognitivo-emocional*

Responsable de toda acción o conducta a un proceso anticipatorio al que se le conoce como cognitivo-emocional, comienza como un proceso de evaluación de la situación que se

presenta, esta emite un respuesta particular tomada de anteriores experiencias, resultando de ello una emoción y posteriormente una conducta, sin embargo dependerá mucho del proceso cognición para la respuesta conductual, es en esta dimensión donde se identifica, los mecanismos de defensa ante situaciones amenazantes, así como pensamientos irracionales, que actuarán como elementos estresores para alterar los procesos cognitivos y a su vez alterar la emoción y conducta, creando alteración en la vida de la persona y por ende en las dimensiones físico y social. (Oblitas, 2006).

3.2.4.3. Área social

La importancia de la interacción social recíproca y afectiva entre los seres humanos, el logro de calidad de vida es el resultado de un conjunto disciplinas, en las cuales está incluida la dimensión social, del mismo modo como principio básico, se sabe que el ser humano necesita expresar e integrarse de manera adecuada en la sociedad en la que vive, es una necesidad el conocer e interpretar los códigos sociales del entorno cultural en el que se desarrolla, por otro lado, una búsqueda incesante de desarrollar en las personas áreas que serán de mucha ayuda para mejorar nuestra calidad de vida: relaciones interpersonales, asertividad y ensayo de conducta (Oblitas, 2006).

3.2.5. Importancia de la calidad vida en la salud

En la sociedad se puede observar que la calidad de vida ya no depende únicamente de poseer un alto nivel económico, sino la salud ha adquirido un valor aún más alto. Urzúa y Caqueo (2010) proporcionaron datos acerca de la importancia de mantenernos satisfechos, plenos y vivir con calidad, donde en primera instancia se mide el impacto de la enfermedad o algún mal que la persona este experimentando, asimismo esto estará sujeto a la percepción del paciente y al grado de optimismo que este tenga hacia su estado actual de salud.

3.3. Enfermedades crónicas

3.3.1. Conceptos de enfermedades crónicas

Son enfermedades que traen consigo asombro en la sociedad actual tanto como para el ente de fuera y el mismo portador, así mismo viene arraigado a factores emocionales y cognitivo, como la depresión, crisis emocionales, así mismo, estas enfermedades implican un tratamiento prolongado, agotador, que producen dolor, y deterioro progresivo, causando limitaciones físicas, pérdida de la independencia o autonomía, e incluso la muerte (Sánchez, 2000).

Según Sola (2010) las enfermedades crónicas llamadas así porque su desarrollo en el cuerpo, se da de manera pausada y silenciosa, es decir que durante el comienzo de la enfermedad no se sospecharía que un mal aqueja el cuerpo, asimismo son irreversibles ya que deterioran algunos órganos, sin embargo si se detecta en sus inicios, puede ser controlada, dando al paciente la oportunidad de vivir una vida longeva y de calidad.

Sánchez (2000) mencionó que la persona portadora de una enfermedad crónica experimenta un sinfín de emociones negativas entre ellas, tristeza, culpabilidad, ansiedad, miedo, así como soledad, y frustración, sentimientos que se hace extensivo también a los cuidadores, sea conyugue o algún familiar o amigo cercano, a causa del cambio en sus papeles por causa de las complicaciones del tratamiento y amenaza constante de muerte.

3.3.2. Enfermedades crónicas más frecuentes en Perú

La INEI (2015) menciona que las enfermedades crónicas, son parte de una problemática en la salud de la población que afecta no solo a personas adultas, sino a todos los grupos de edad, debido a un inadecuado estilo de vida. Las enfermedades crónicas son una de las causas más altas de morbilidad en el país. Asimismo, se han identificado a las enfermedades crónicas más frecuentes en el Perú, las cuales son, presión arterial alta, diabetes, obesidad, alcoholismo, cáncer y enfermedades respiratorias.

Así mismo, el Seguro Social de Salud (2016) según una estadística realizada, obtuvieron los siguientes resultados: 38 de cada 100 asegurados tiene obesidad, 22 de cada 100 asegurados es hipertenso y 5 de cada 100 asegurados tiene diabetes, por lo que sostiene, que las enfermedades frecuentes que aqueja la población son, diabetes, hipertensión, obesidad y cáncer.

3.3.3. *Enfermedades crónicas frecuentes*

OMS (2013) refiere que en la actualidad se presentan casos más frecuentes de enfermedades crónicas, tomando como un antecedente un estudio en el año 2008 donde 36 millones de personas fallecieron a causa de una enfermedad crónica, por otro lado, la presente entidad menciona que las patologías crónicas más frecuentes son las enfermedades cardíacas, infarto, cánceres, enfermedades respiratorias, diabetes y un grupo de enfermedades de transmisión sexual.

a. Presión arterial e hipertensión arterial: Se definió hipertensión arterial, como la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias además de la variación en el ritmo cardíaco, es así que desde el momento en el que se eleva la presión se le denomina como presión arterial sistólica, mientras que la presión arterial diastólica, se alcanza cuando se registra, el nivel más bajo de presión, por otro lado cabe resaltar que la hipertensión arterial es una enfermedad multifactorial, ya que el problema puede venir con carácter genético, problemas socioambientales, personales o psicológicos que alteraran los niveles de presión sanguínea, uno de los causantes con más frecuencia es el factor psicológico y sus patologías, como, el estrés, psicosocial, la ira, la hostilidad, el patrón de conducta tipo A (Arrivillaga, Correa y Salazar, 2007).

b. Diabetes: es una enfermedad caracterizada por la el aumento anormal de glucosa en la sangre, se produce cuando el páncreas produce poca o ninguna cantidad de insulina, sin la cual la glucosa no puede entrar en las células, ni ser usado como energía, y por lo tanto

su concentración en la sangre aumenta, y del mismo modo las probabilidades de contraer otras enfermedades (Arrivillaga et al, 2007).

c. *Obesidad*: es una enfermedad crónica, una alteración del metabolismo, ya que no se elimina las grasas, y se la almacena, provocando el aumento excesivo del peso corporal, y a su vez patologías como, diabetes tipo 2, hipertensión, hipercolesterolemia, cáncer, y la disminución en la calidad de vida en las personas que la poseen (Albalá, Kain, Burrows y Díaz, 2000).

d. *Alcoholismo*: se le denominó alcoholismo a la ingesta excesiva de sustancia activadoras, manifestando altos grados de angustia, ansiedad y hasta dolencias físicas observables, cuando se trata de suspender el consumo, por otro lado, está asociado al pobre control de impulsos de la persona (Lazo ,2004).

e. *Cáncer*: Oblitas (2006) denominó cáncer como una enfermedad crónica degenerativa, asociado a los estilos de vida, y la proliferación incontrolada de células que se dividen constantemente, comprometiendo a tejidos y órganos, llevando al paciente a la muerte si no se es tratado a tiempo.

f. *VIH. Sida*: Arrivillaga et al. (2007) indicó que el virus de la inmunodeficiencia es el retrovirus que se desarrolla hasta llegar a su etapa final llamada sida, ingresa al organismo y ataca de forma selectiva, a los linfocitos hasta destruirlos, posteriormente deterioran el sistema inmunológico, haciendo vulnerable al cuerpo a contraer distintos tipos de enfermedades, por otro lado este retrovirus durante su desarrollo no puede presentar síntomas por varios años hasta que esté en el periodo de terminal.

3.3.4. Frases evolutivas de la población de estudio

3.3.4.1. *Adultez*. Papalia, Wendkos y Duskin (2010) agruparon las edades pertenecientes a la etapa Adultez en tres etapas, que comprenden desde los 20 años hasta los 65 años, siendo:

- *Aduldez temprana:* comprende de las edades de 20 a 40 años, las funciones físicas están desarrolladas al máximo, siendo las elecciones de estilo de vida para la calidad de vida que tendrá en las posteriores etapas, asimismo la capacidad del pensamiento abstracto y el razonamiento científico también están desarrolladas. Por otro lado, la inmadurez persiste en conductas, además, las relaciones íntimas y estilos personales no suelen ser duraderos al comienzo de esta etapa, sin embargo, varios suelen establecer relaciones sólidas, llegando a casarse y formar familias establecidas.
- *Aduldez media:* comprende las edades de 40 a 65 años, cuando la condición física y el vigor comienza a deteriorarse lentamente. Por otra parte, las facultades mentales llegan a su máximo nivel de competencia, la creatividad y las ganancias llegan a ser mayores, aunque hay áreas en la memoria que suelen comenzar con el deterioro causando olvidos y problemas emocionales sin embargo el duelo en esta etapa suele ser superado con más facilidad que en etapas anteriores o posteriores.
- *Aduldez tardía:* comprende las edades de 65 en adelante, cuando la mayoría de personas en esta etapa goza de una salud promedio, ya que las capacidades físicas disminuyen, llegando a afectar el funcionamiento del mismo. Las áreas como la inteligencia y memoria se encuentran en pleno deterioro, y las preocupaciones frecuentes son las pérdidas personales y la inminencia de la muerte, las relaciones familiares y amigos cercanos son fuente importante de apoyo en esta etapa.

3.4. Relación entre las variables de estudio

Los trastornos de estado de ánimo en un grado severo producen altos niveles de discapacidad, ya que afectan a funciones vitales para el individuo que la posee, todo ello se asocia a un estado de frustración, intranquilidad y labilidad emocional, y a su vez la ideación irracional de peligro, trayendo en muchos casos, la muerte precoz de la persona, así mismo todas estas situaciones traerán consigo un cierto grado de discapacidad para

realizar actividades cotidianas, y por lo tanto la satisfacción propia y la calidad de vida se ven afectadas, así también, en el caso de pacientes que padecen enfermedades como la diabetes, los trastornos respiratorios, las enfermedades cardiacas o la artritis, lo único que causaran estas alteraciones en el estado de ánimo será el incrementar la discapacidad en la persona. (Lara, Medina-Mora, Borges y Zambrano, 2007).

Del mismo modo, Villanueva y Casas (2014) sostienen que la variable calidad de vida en los pacientes con enfermedades crónicas, guarda una relación inversa respecto a depresión, esto debido al panorama negativo que proporciona este trastorno mental, por otra parte al ser calidad de vida una forma de bienestar multicausal, no evidenciará un buen nivel, si un aspecto como el estado emocional se encuentra en desarmonía, en cuanto al estudio que ejecutaron en pacientes con tratamiento a hemodiálisis, se obtuvo que los pacientes presentaban niveles bajos de depresión y altos de calidad de vida.

Del mismo modo, Castillo (2014) mencionó que la calidad de vida y depresión guardan relación altamente significativa e inversa, ya que en el estudio que desarrolló en pacientes con artritis reumatoide, se evidencian niveles altos de calidad de vida, pero no se evidencia sintomatología depresiva. Cabe señalar también que en los resultados no influyó el sexo ni la edad.

4. Definición de términos

- Bienestar subjetivo: es el juicio que hacen las personas sobre su calidad de vida en general, sumando para ello los altibajos emocionales y las expectativas de como quisieran sentirse en comparación con la realidad. (APA, 2009).
- Sociocultural: son los datos que se constituyen por la procedencia a un condicionamiento social y la forma en la que se adapta a distintas circunstancias y o situaciones determinado condicionamientos sociales y su adecuación a distintas circunstancias (Arroyo, Berlato, Rodríguez, 2012).

- Apoyo emocional: la naturaleza social del ser humano hace que su bienestar psicológico y su salud física se encuentren fuertemente interconectados con la calidad de sus relaciones interpersonales y sus contactos sociales significativos en general. Es el soporte en las relaciones de amistad cercanos al paciente como fuente de apoyo social, promotora del bienestar físico y psicológico y que juegan un importante papel en el proceso salud enfermedad y en el bienestar de los individuos (Zaldivar, 2015).

5. Hipótesis de investigación

5.1. Hipótesis general

Existe relación significativa entre depresión y calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.

5.2. Hipótesis específicas

Existe relación significativa entre depresión y función física en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.

Existe relación significativa entre depresión y rol físico en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.

Existe relación significativa entre depresión y dolor corporal en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.

Existe relación significativa entre depresión y salud general en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.

Existe relación significativa entre depresión y vitalidad en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.

Existe relación significativa entre depresión y función social en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.

Existe relación significativa entre depresión y rol emocional en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.

Existe relación significativa entre depresión y salud mental en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.

Capítulo III

Material y métodos

1. Método de la investigación

El diseño de la investigación fue de tipo no experimental, porque no se manipuló la variable de estudio, además, fue de corte transversal porque la recopilación de datos se realizó en un tiempo determinado. Asimismo, fue de alcance correlacional, ya que se buscó explorar la relación existente entre las variables de estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2006)

2. Variables de la investigación

Seguidamente se definen conceptual y operacionalmente las variables de la investigación

2.1. Definición conceptual

2.1.1. *Depresión*

Beck et al (2002) propone que depresión es la visión negativa del paciente a sí mismo, percibiéndose como sin valor, torpe, atribuyéndose como enfermo y en algunos casos deforme, tendiendo a subestimarse y reviviendo experiencias pasadas, enfocándose en los errores y por otro lado, pensando que carece de virtudes para alcanzar la felicidad plena

2.1.2. *Calidad de vida relacionada con la salud*

Tuesta (2012) propone que calidad de vida está relacionada con la salud y es la mirada de bienestar del paciente a sí mismo, también es un factor muy considerado en el tratamiento como parte de la recuperación. Es parte de una medida del estado de salud y

uno de los conceptos más utilizados en este ámbito, es usado para denominar un estado de salud funcional.

a. **Función física:** el nivel en el que la carencia de salud restringe el adecuado desempeño de las actividades físicas y las actividades correspondientes a la vida cotidiana. Un individuo con un desempeño adecuado en esta dimensión evidenciaría vigor, diligencia, sin fatiga excesiva y con energía para hacer las actividades. El objetivo en medir la presente dimensión es observar hasta qué nivel dificulta esta dimensión a la persona, considerando que algunas de las actividades específicas tienen relación con el autocuidado, como caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar cargas y la realización de esfuerzos moderados o fuertes.

b. **Rol físico:** hace referencia al nivel en que la falta de salud dificulta las actividades laborales y hogareñas, causando disminución y hasta limitación en cuanto al rendimiento de las actividades propias de la persona.

c. **Dolor corporal:** es el grado del dolor padecido, por otra parte la medición refiere evaluar los efectos las actividades tanto en el hogar como en las labores ocupacionales, el incremento de los niveles de dolor corporal afecta a la satisfacción total de la persona.

d. **Salud general:** es el grado en que se percibe su vida referente a la salud y las expectativas hacia las enfermedades, por otro lado, la presente dimensión estará ligada a las demás dimensiones, pues juntas generan un bienestar físico, mental y social.

e. **Rol emocional:** se refiere al nivel de afección que deja alteraciones emocionales y las limitaciones que contraen las mismas en el área laboral y otras actividades cotidianas, incluyendo entre sus indicadores: reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el menor rendimiento y menor cuidado al trabajar.

f. Función social: hace referencia al grado que las áreas físicas, emocionales y conductuales afectan y deterioran la interacción con el medio, generando inhibición, tristeza, falta de interés por relacionarse.

g. Vitalidad: se refiere a la energía que tiene la persona después de continuas actividades, el panorama que se tiene de la vida. Es por ello que uno de los componentes básicos para adquirir la vitalidad es la calidad del sueño, ya que es la forma natural que tiene el cuerpo de regenerarse, de cuidarse y de prepararse para lo que viene.

h. Salud mental: La salud mental hace referencia al sintomatología como depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional, debido a que todo ello va relacionado con la promoción del bienestar en general. Por otra parte, esta dimensión busca también la prevención de trastornos mentales, así como su intervención y rehabilitación.

3. Operacionalización de las variables

A continuación se presenta la tabla 1, que muestra la operacionalización de las variables de estudio.

3.1. Operacionalización de la variable depresión

En la tabla 1, se presenta la operacionalización de la variable depresión, según el modelo de Hamilton (1967)

Tabla 1

Matriz de operacionalización de la variable depresión según Hamilton (1967)

Variable	Dimensiones	Ítems	Instrumento	Categorías de Respuesta
	Índice de melancolía	1, 2, 7, 8, 10 y 13		Tipos de Respuesta Likert: 1 Ausente 2 Ligera
	Índice de ansiedad	9, 10 y 11	Escala de Depresión	

Depresión	Índice de alteración del Sueño	4, 5 y 6	Hamilton-HDS	3 Moderada 4 Severa 5 Incapacitante
	Índice de somatización	3, 12, 14, 15, 16 y 17		

3.2. Operacionalización de la variable calidad de vida

En la tabla 2 se presenta la operacionalización de la variable calidad de vida, validada por Alfaro (2011)

Tabla 2

Matriz de operacionalización de la variable calidad de vida, según The Health Institute New England Medical Center de Boston en Massachusetts y validada por Alfaro (2011)

Variable	Dimensiones	Indicadores o Ítems	Instrumento	Categoría de Respuesta
Calidad de vida	Función física	3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, y 3j.	Cuestionario de Salud sf-36	Hay dos tipos de respuesta: Tipo de Respuesta Likert: 1 Ausente 2 Ligera 3 Moderada 4 Severa 5 Incapacitante Tipo de Respuesta Dicotómica 0 No 1 Si
	Función social	6 y 10		
	Rol físico	4a, 4b, 4c y 4d		
	Rol emocional	5a, 5b y 5c		
	Dolor corporal	7 y 8		
	Salud general	1, 11a, 11b, 11c y 11d-		
	Salud mental	9b, 9c, 9d, 9f y 9h.		
vitalidad	9a, 9e, 9g y 9i.			

4. Delimitación geográfica y temporal

La investigación inició en marzo del 2017 y finalizó en febrero del 2018. Se llevó a cabo en el Hospital Jorge Voto Bernales Corpancho, ubicado en el distrito de Santa Anita, provincia y departamento Lima.

5. Participantes

Los instrumentos de recolección de datos fueron aplicados a 100 pacientes con enfermedades crónicas, sin embargo, el presente estudio estuvo compuesto por 61 pacientes de ambos sexos, cuyas edades fluctuaron entre 20 y 80 años. Se realizó un muestreo no probabilístico, de tipo intencional.

5.1. Criterios de inclusión

- Pacientes atendidos en el Hospital Jorge Voto Bernales Corpancho en el periodo de noviembre a diciembre, de manera ambulatoria.
- Pacientes cuyas edades fluctúan entre los 20 y 80 años
- Pacientes que aceptan participar voluntariamente
- Pacientes portadores de una o más enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes, obesidad, alcoholismo, cáncer, sida, asma, artrosis, artritis, entre otras

5.2. Criterios de exclusión

- Pacientes que hayan omitido más del 10% de todas las preguntas de los cuestionarios
- Pacientes que contesten al azar invalidan el instrumento.
- Pacientes cuyas edades oscilen entre los 20 a 80 años de edad
- Pacientes con enfermedades crónicas, hospitalizados

5.3. Característica de los participantes

En la tabla 3 se presentan las características sociodemográficas de los participantes en cuanto al sexo, nivel de estudios, ocupación, estado civil, edad y enfermedades.

Tabla 3

Datos sociodemográficos de los participantes

Variable	Categoría	f	%
Sexo	Masculino	20	32.8%
	Femenino	41	67.2%

	Sin escolarización	3	4.9%
	Primaria incompleta	5	8.2%
	Primaria completa	10	16.4%
Nivel de estudios	Secundaria incompleta	7	11.5%
	Secundaria completa	20	32.8%
	Técnico	6	9.8%
	Superior	10	16.4%
	Jubilado	13	21.3%
Ocupación	Ama de casa	30	49.2%
	Trabajador independiente	8	13.1%
	Trabajador dependiente	10	16.4%
	Soltero	5	8.2%
Estado Civil	Casado o conviviente	40	65.6%
	Separado	7	11.5%
	Viudo	9	14.8%
Edad	20 a 40 años	5	8.2%
	41 a 65 años	28	45.9%
	66 a 80 años	28	45.9%
Enfermedades	Una enfermedad crónica	33	54.1%
	De dos a más enfermedades crónica	28	45.9%

En la tabla 3, se puede observar que el 67.2% de participantes fueron mujeres. En la variable edad, se evidenció un 45.9% de participantes cuyas edades oscilaban entre 41 y 65 años, y el mismo porcentaje presentaron los participantes de más de 65 años. Por otro lado, en la categoría estado civil, el 65.6% fueron personas casadas o convivientes. En cuanto a la variable nivel de estudios, el 32.8% evidencia un mayor porcentaje en la categoría secundaria completa. En cuanto a la variable enfermedades crónicas, las personas que presentaron una sola enfermedad crónica conforman un 54.1% de la muestra.

6. Instrumentos

6.1. Escala de depresión Hamilton-HDS

La Escala de Depresión Hamilton (HDS), que lleva el nombre de su autor, fue elaborada en el año 1960, siendo un instrumento que constaba de 24 ítems. Para el año de 1967 se hizo una revisión por el mismo autor y se reduce a la cantidad a 21 ítems; cabe resaltar que en la actualidad se mantiene una adaptación española que redujo la escala a 17 ítems.

Asimismo, ofrece datos cuantitativos referentes al trastorno depresivo y a su intensidad; permite verificar si el plan de intervención o tratamiento está dando resultado. Las dimensiones identificadas son el índice de melancolía, índice de ansiedad, índice de alteraciones del sueño y el índice de somatización. En cuanto, a la fiabilidad, posee una buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach entre 0.76 y 0.92. (Ramos-Brieva y Cordero, 1986).

En cuanto a la corrección, cada reactivo se puntúa de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros, dando como resultado un puntaje global que fue ubicado en el rango, para categorizar la intensidad o severidad del trastorno depresivo. Según los resultados se utilizó la siguiente interpretación: 0-6 sin depresión; 7-17 depresión ligera; 18-24 depresión moderada; 25-52 depresión grave (Ramos-Brieva y Cordero, 1986).

Para el presente estudio se obtuvo la validez y confiabilidad del instrumento para evaluar la variable depresión, llegando a obtener un coeficiente alfa de Cronbach de .805 que puede ser valorado como indicador de una elevada fiabilidad. Asimismo, los reactivos que resultan de la correlación entre la única dimensión del instrumento son moderados y significativos en su totalidad, lo cual evidencia que el inventario presenta validez de constructo.

6.2. Cuestionario de calidad de salud SF 36

El Cuestionario de Salud SF 36 fue diseñado por el *Health Institute New England Medical Center* de Boston en Massachusetts. Esta escala consta de 36 preguntas y pretende medir 9 conceptos genéricos sobre la salud.

En cuanto a la calificación, puede darse con la obtención del puntaje total o parcial, además, la puntuación abarca desde 0 como peor estado de salud hasta 100 como mejor estado de salud. Los resultados obtenidos serán debidamente ubicados en un rango que

considera lo siguiente: 0-20: deficiente; 21-40: malo; 41-60: regular; 61-80: bueno; 81-100: excelente.

Este cuestionario fue validado por Alfaro (2011) Lima en una muestra de 100 pacientes con enfermedad renal crónica en cuatro centros de diálisis de la capital. Se halló una validez de 0.70 y en cuanto a la confiabilidad del instrumento, todas las correlaciones ítem-test fueron superiores a .40.

Para el presente estudio se obtuvo la validez y confiabilidad del instrumento para evaluar la variable calidad de vida, llegando a obtener en la muestra estudiada .930 que puede ser valorado como indicador de una elevada fiabilidad. Asimismo, los coeficientes que resultan de la correlación entre las dimensiones, son significativos en su mayoría, lo cual evidencia que el inventario presenta validez de constructo

7. Proceso de recolección de datos

Se realizó una solicitud, para obtener la autorización del Hospital Jorge Voto Bernales Corpancho, con el fin de ejecutar el presente estudio. Por otra parte, la participación del paciente fue voluntaria, para la cual se completó un consentimiento informado para poder utilizar los datos sociodemográficos, así como la información que proporcione.

El tiempo utilizado para la gestión de la aplicación de los instrumentos abarcó los meses de noviembre y diciembre; pero la aplicación propiamente dicha tomó de 10 a 15 minutos por cada paciente. Cabe resaltar que cada cuestionario fue anónimo y aplicado guardando las consideraciones éticas correspondientes.

8. Procesamiento y análisis de datos

Una vez aplicados los instrumentos se procedió a la codificación de las preguntas, en la que se colocó a cada opción de respuesta un número, luego se ingresó los datos al programa estadístico SPSS versión 24, para la formulación de tablas y cuadros de frecuencia. Por otro lado, al ordenar las tablas y evaluar las hipótesis ya establecidas, se

utilizó como primer paso la prueba Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad de la distribución de la muestra; como resultado se tuvo que la muestra no cumple con la normalidad, es por ello que se utilizó una prueba estadística no paramétrica rho de spearman para determinar si existe relación significativa entre las variables de depresión y calidad de vida en los pacientes con enfermedades crónicas.

Capítulo VI

Resultados y discusión

1. Resultados

1.1 Análisis descriptivo de la variable calidad de vida

1.1.1 Niveles de calidad de vida

En la tabla 4 se presentan los resultados obtenidos en cuanto a la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas en un hospital de Lima Este, de acuerdo a cada dimensión del sf-36.

Tabla 4

Niveles de calidad de vida de los pacientes de un hospital Nivel 1 de Lima Este

	Deficiente		Malo		Regular		Bueno		Excelente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Función física	4	6.6%	10	16.4%	15	24.6%	9	14.8%	23	37.7%
Rol físico	26	42.6%	6	9.8%	7	11.5%	8	13.1%	14	23%
Dolor corporal	5	8.2%	19	31.1%	26	42.6%	7	11.5%	4	6.6%
Salud general	12	19.7%	19	31.1%	20	32.8%	10	16.4%	0	0%
Vitalidad	4	6.6%	17	27.9%	23	37.7%	12	19.7%	5	8.2%
Función social	3	4.9%	11	18%	12	19.7%	18	29.5%	17	27.9%
Función emocional	21	34.4%	11	18%	0	0%	17	27.9%	12	19.7%
Salud mental	2	3.3%	13	21.3%	27	44.3%	14	23%	5	8.2%

Respecto a las dimensiones de la calidad de vida, en la tabla 4 se puede apreciar que el 37.7% de los pacientes con enfermedades crónicas presentan un nivel excelente en la dimensión función física, lo que significa que los pacientes pueden realizar actividades diarias como el cuidado personal, transportar cargas livianas y realizar esfuerzos

moderados necesarios en sus actividades cotidianas. Sin embargo, en la dimensión rol físico, el 42.6% de los pacientes presentan un nivel deficiente, es decir, que tienen dificultades para realizar actividades laborales, que requieren mayores esfuerzos físicos. Respecto a la dimensión dolor corporal, el 42.6% de los pacientes presentan un nivel regular, en otras palabras, el dolor corporal producto de la enfermedad que padece dificulta mediadamente sus actividades laborales y domésticas. Del mismo modo, en la dimensión salud general, el 32.8% de los pacientes se ubica en un nivel regular, lo que implica una autovaloración personal que varía según el estado de salud, lo cual guarda relación con la falta de bienestar para el afronte de problemas venideros correspondientes a su salud. Por otro lado, se aprecia que hay un grupo de pacientes (27.9%) que se encuentra en un nivel deficiente de vitalidad, esto quiere decir que los pacientes se sienten cansados y desanimados. Por otro lado, en la dimensión función emocional, un 34.4% de los pacientes se ubicó en un nivel deficiente, evidenciando dificultades para culminar sus actividades laborales y cotidianas que antes desempeñaban con más esmero, tiempo y cuidado. Respecto a la función social, un 29.5% de los pacientes se ubicaron en un nivel bueno, esto indica que los pacientes estaban llevando su vida social habitual con normalidad. Por último, en la dimensión salud mental, un 44.3% de los pacientes se ubicó en la categoría regular, es decir, los pacientes presentan ligeros indicadores de tristeza, pérdida de interés, poca energía, ansiedad y preocupaciones.

1.1.2 Nivel de Calidad de Vida según datos sociodemográficos

Tabla 5

Nivel de calidad de vida según el sexo de pacientes de un hospital nivel I de Lima Este

	Masculino					Femenino				
	D ^a	M ^b	R ^c	B ^d	E ^e	D ^a	M ^b	R ^c	B ^d	E ^e
Función física										
n	2	5	2	2	9	2	5	13	7	14
%	10%	25%	10%	10%	45%	4.9%	12.2%	31.7%	17.1%	34.1%
Rol físico										

n	9	4	1	3	3	17	2	6	5	11
%	45%	20%	5%	15.0%	15%	41.5 %	4.9%	14.6%	12.2%	26.8%
Dolor corporal										
n	3	4	9	2	2	2	15	17	5	2
%	15%	20%	45%	10%	10%	4.9%	36.6%	41.5%	12.2 %	4.9%
Salud general										
n	4	6	8	2	0	8	13	12	8	0
%	20%	30%	40%	10%	0%	19.5%	31.7%	29.3%	19.5%	0%
Vitalidad										
n	1	6	7	6	0	3	11	16	6	5
%	5%	30%	35%	30%	0%	7.3%	26.8%	39%	14.6%	12.2%
Función social										
n	1	2	8	7	2	2	9	4	11	15
%	5%	10%	40%	35%	10%	4.9%	22%	9.8%	26.8%	36.6%
Función emocional										
n	8	4	0	5	3	13	7	0	12	9
%	40%	20%	0%	25%	15%	31.7%	17.1%	0%	29.3%	22%
Salud mental										
n	1	4	5	8	2	1	9	22	6	3
%	5%	20%	25%	40%	10%	2.4%	22%	53.7%	14.6%	7.3%

^aD = Deficiente, ^bM = Malo, ^cR = Regular, ^dB = Bueno, ^eE = Excelente

En la tabla 5 se observa que, en la función física, un 45% de pacientes varones y 34.1% de pacientes mujeres, se ubican en el nivel excelente. Por otro lado, dentro de la dimensión rol físico, observamos que un 45% de pacientes varones y el 41.5% de pacientes mujeres, se ubican en el nivel deficiente. Referente, a la dimensión dolor corporal, el 45% de pacientes varones y 41.5% de pacientes mujeres, se ubican en la categoría regular. También en la dimensión salud general se puede encontrar que el 40% de pacientes varones se ubica en la categoría de regular, mientras que el 31.7% de pacientes mujeres se ubican en el nivel malo. Respecto a la dimensión vitalidad, un 35% de varones y un 39% de pacientes mujeres se ubican en la categoría regular. En cuanto a la dimensión función social, se evidencia que un 40% de pacientes varones se ubica dentro de la categoría regular, a diferencia del 36.6% de pacientes mujeres que se ubica en la categoría excelente. En el caso de la dimensión función emocional, un 40% de pacientes varones y un 31.7% de pacientes mujeres se ubican dentro de la categoría deficiente. Por último, en la dimensión

salud mental, el 40% de pacientes varones se encuentra dentro de la categoría bueno y el 53.7% de mujeres se encuentra dentro de la categoría regular.

Tabla 6

Niveles de calidad de vida según enfermedades de pacientes de un hospital nivel 1 de Lima Este

	1 enfermedad crónica					2 a más enfermedades crónicas				
	D ^a	M ^b	R ^c	B ^d	E ^e	D ^a	M ^b	R ^c	B ^d	E ^e
Función física										
n	1	3	10	5	14	3	7	5	4	9
%	3%	9.1%	30.3%	15.2%	42.4%	10.7%	25%	17.9%	14.3%	32.1%
Rol físico										
n	12	3	4	6	8	14	3	3	2	6
%	36.4%	9.1%	12.1%	18.2%	24.2%	50%	10.7%	10.7%	7.1%	21.4%
Dolor corporal										
n	3	8	16	5	1	2	11	10	2	3
%	9.1%	24.2%	48.5%	15.2%	3%	7.1%	39.3%	35.7%	7.1%	10.7%
Salud general										
n	6	7	17	3	0	6	12	3	7	0
%	18.2%	21.2%	51.5%	9.1%	0%	21.4%	42.9%	10.7%	25%	0%
Vitalidad										
n	2	10	14	5	2	2	7	9	7	3
%	6.1%	30.3%	42.4%	15.2%	6.1%	7.1%	25%	32.1%	25%	10.7%
Función social										
n	0	6	7	12	8	3	5	5	6	9
%	0%	18.2%	21.2%	36.4%	24.2%	10.7%	17.9%	17.9%	21.4%	32.1%
Función emocional										
n	12	5	0	5	8	9	6	0	9	4
%	36.4%	15.2%	0%	15.2%	24.2%	32.1%	21.4%	0%	32.1%	14.3%
Salud mental										
n	2	4	16	8	3	0	9	11	6	2
%	6.1%	12.1%	48.5%	24.2%	9.1%	0%	32.1%	39.3%	21.4%	7.1%

^aD = Deficiente, ^bM = Malo, ^cR = Regular, ^dB = Bueno, ^eE = Excelente

En la tabla 6, se encuentra que, en la dimensión función física, un 30.3% de pacientes que presentan una enfermedad crónica se encuentran en la categoría regular. Mientras que un 32.1% de pacientes con dos o más enfermedades crónicas se encuentra en la categoría excelente. Por otro lado, en la dimensión rol físico se evidencia que un 36.4% de pacientes con una enfermedad crónica y un 50% de pacientes con dos o más enfermedades crónicas se encuentran en la categoría deficiente. En cuanto a la dimensión dolor corporal,

observamos que un 48.5% de pacientes con una enfermedad crónica se encuentran dentro de la categoría regular y el 39.3% de pacientes con dos o más enfermedades crónicas se ubican en la categoría malo. Referente a la dimensión salud general, el 51.5% de pacientes con una enfermedad crónica se encuentran en la categoría regular y el 42.9% de pacientes con dos o más enfermedades crónicas se ubican en la categoría malo. Por otra parte, en la dimensión vitalidad, el 45.4% de pacientes con una enfermedad crónica y el 32.1% de pacientes con dos o más enfermedades crónicas se ubican en la categoría regular. De acuerdo con la dimensión función social, 36.4% de pacientes con una enfermedad crónica se encuentran en la categoría bueno y el 32.1% de pacientes con dos o más enfermedades crónicas se ubican en la categoría excelente. Por otra parte, en la dimensión de función emocional, 36.4% de pacientes con una enfermedad crónica y el 32.1% de pacientes con dos o más enfermedades crónicas se ubican en la categoría deficiente. Por último, en la dimensión salud mental, el 48.5% de pacientes con una enfermedad crónica y el 39.3% de pacientes con dos o más enfermedades crónicas se ubican en la categoría regular.

1.1.3 Niveles de depresión según los datos sociodemográficos

En la tabla 7 se presentan los resultados obtenidos en cuanto a la depresión de los pacientes con enfermedades crónicas en un hospital de Lima Este, de acuerdo al puntaje global de la Escala Hamilton para depresión

Tabla 7

Niveles de depresión en pacientes de un hospital de nivel 1 de Lima Este

Niveles	n	%
Sin depresión	15	24.6%
Depresión ligera	36	59%
Depresión moderada	7	11.5%
Depresión grave	3	4.9%

En la tabla 7, se observa que el 59% de los pacientes evidencian depresión ligera que implica cierta apatía, falta de energía e interés, lo cual, sin embargo, no afecta de forma significativa sus actividades cotidianas.

1.1.4. Nivel de depresión según datos sociodemográficos

Tabla 8

Nivel de depresión según sexo de pacientes de un hospital Nivel 1 de Lima Este

Niveles	Masculino		Femenino	
	n	%	n	%
Sin depresión	5	25%	10	24.4%
Depresión ligera	11	55%	25	61%
Depresión moderada	3	15%	4	9.8%
Depresión grave	1	5%	2	66.7%

En la tabla 8, se observa que el 55% de los varones y el 61% de las mujeres presentan depresión ligera.

Tabla 9

Niveles de depresión según edad de pacientes de un hospital nivel 1 de Lima Este

Nivel	20 a 40 años		41 a 65 años		66 en adelante	
	n	%	n	%	n	%
Sin depresión	0	0%	8	28.6%	7	25.0%
Depresión ligera	2	40%	18	64.3%	16	57.1%
Depresión moderada	3	60%	1	3.6 %	3	10.7%
Depresión grave	0	0%	1	3.6%	2	7.1%

En la tabla 9, se aprecia que el 64.3% de los pacientes cuyas edades fluctúan entre los 41 a 65 años presenta depresión ligera. Del mismo modo, un 57.1% de los pacientes con edades de 66 años en adelante, presentan depresión ligera.

1.2. Prueba de normalidad

Tabla 10

Prueba de K-S de bondad de ajuste a la curva normal para las variables de estudio

Variable	Dimensiones	Media	D.E	K-S	P
Depresión	Depresión global	12.25	7.252	0.106	.088
	Función social	6.95	2.004	0.146	.002
	Función física	22.97	5.651	.147	.002
	Rol físico	5.64	1.664	0.264	.000

Calidad de vida	Rol emocional	4.33	1.151	0.220	.000
	Dolor corporal	6.02	2.021	0.175	.000
	Salud general	13.41	3.947	0.099	.200
	Salud mental	15.72	3.661	0.088	.200
	Vitalidad	11.89	3.322	0.142	.004

Con el objetivo de ejecutar los análisis comparativos y contrastar las hipótesis planteadas, se realizó la prueba de normalidad de ajuste de Kolmogorov - Smirnov (K-S). Como se observa en la tabla 10, los datos correspondientes a las 2 variables no presentan una distribución normal dado que el coeficiente obtenido (KS) es significativo ($p < 0.05$); por lo tanto, para los análisis estadísticos se empleó una estadística no paramétrica.

1.3. Correlación entre las variables

Como se puede apreciar en la tabla 11, el coeficiente de correlación de rho de Spearman indica que existe relación negativa, altamente significativa entre la depresión y las dimensiones de calidad de vida, así lo indican los coeficientes de rho que oscilan entre -.331; -.637; $p < 0.01$. Esto quiere decir que, cuanto mayor fue la depresión, menores puntajes se reportaron en la calidad de vida de los pacientes.

Tabla 11

Coefficiente de correlación entre depresión y calidad de vida.

Calidad de vida	Depresión	
	Rho	P
Función física	-.331	.001
Función social	-.537	.000
Rol físico	-.407	.001
Rol emocional	-.518	.000
Dolor corporal	-.448	.000
Salud general	-.467	.000
Salud mental	-.566	.000
Vitalidad	-.637	.000

** La correlación es significativa al nivel 0.01

2. Discusión

Los resultados que se obtuvieron en esta investigación evidencian que existe relación significativa inversa entre las variables depresión y la calidad de vida. En otras palabras, a

niveles altos de depresión se evidenció niveles bajos de calidad de vida en los pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel 1 de Lima Este. Este resultado se asemeja al obtenido tras el estudio realizado por Villanueva y Casas (2014) quienes encontraron que existe una relación significativa inversa entre depresión y calidad de vida en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis. Ellos concluyeron que los niveles de depresión están vinculados con la adecuada o inadecuada calidad de vida de los pacientes. Por otra parte, Mayer et al. (2005) señalaron que problemas musculares están relacionados a problemas de cansancio rápido y alteraciones del sueño como el insomnio, lo que da como resultado un bajo nivel de energía; el cual es síntoma, en este caso, de la propia enfermedad médica y no un síntoma emocional.

En cuanto a la dimensión función física, se encontró relación negativa altamente significativa entre esta y la depresión ($\rho = -.331$; $p < 0.01$), por lo que se puede decir que, a niveles bajos de función física se presentan niveles altos de depresión. Por ello, al disminuir los niveles de depresión, se podrá observar mejor función física. Por ellos, resulta favorable realizar actividades cotidianas que implican ejercicio físico pero que no requieren esfuerzo excesivo, como subir escaleras, coger objetos, trasladarse de un lugar a otro. Apoya los resultados encontrados, un estudio realizado por Strölher (2009), mencionó que los individuos depresivos y ansiosos experimentan sensaciones de malestar respecto a las funciones físicas que demanda la vida cotidiana, así mismo perciben que no cuentan con las competencias suficientes para realizar actividades que antes realizaban con frecuencia y mucho menos para realizar actividades extras.

En lo referente a la dimensión rol físico, se evidencia una relación negativa altamente significativa entre esta dimensión y la depresión ($\rho = -.407$; $p < 0.01$), es decir, al incrementar los niveles de depresión, decrecen los niveles de rol físico en los pacientes. Por ello, a niveles altos de depresión, menores niveles de esfuerzo elevado en actividades

laborales, y menor producción, eficiencia y rendimiento en las estas. Al respecto, Mingote, Gálvez, Del Pino y Gutiérrez (2009) manifestaron que los síntomas emocionales tales como ánimo irritable, desinterés, sensibilidad a la crítica de compañeros, tendencia al aislamiento, pérdida de la capacidad de disfrute y frecuentes sentimientos de vacío crónico, son además de conflictos propios del área emocional, potentes limitantes en los roles y responsabilidades que requieren esfuerzo físico para realizar actividades y labores pesadas.

En cuanto a la dimensión dolor corporal, se encontró que, a mayor nivel de depresión en el paciente, menor será el dolor físico que experimentará ($\rho = -.448$; $p < 0.01$). Es decir, un estado depresivo grave en el paciente, estará relacionado con el desinterés e insensibilidad al dolor corporal padecido, ya que la depresión grave altera las áreas sensitivas de la persona. En este sentido, Von Korff y Simón (1996) afirmaron que el estado depresivo no parece generar dolor físico en la persona y menos cuando se hace referencia al tiempo que esta persona padece dicho dolor. Beck et al. (2002) añade que los pacientes depresivos experimentan un dolor psíquico no necesariamente corporal. En otras palabras, la capacidad para tolerar el dolor padecido por la enfermedad pasa a un segundo plano, pues es prioridad en el paciente su estado de ánimo depresivo.

Con respecto a la dimensión salud general y depresión se evidencia una relación altamente significativa e inversa ($\rho = -.467$; $p < 0.01$), dicho de otra manera, si los niveles de depresión son elevados, se evidencia un menor grado de salud general y una poca valoración de la salud, así como bajas perspectivas al futuro y la resistencia a enfermarse. Confirman lo mencionado, Lugo, Reynoso y Fernández (2014) quienes encontraron que la percepción y la valoración del impacto negativo en la vida del paciente con asma crónica está asociada a la sintomatología depresiva y ansiosa, por otro lado las repercusiones emocionales de la enfermedad tendrán gran influencia en el apego o abandono del tratamiento.

Respecto de la dimensión vitalidad, esta se halló relacionada negativamente y de manera altamente significativa con la depresión ($\rho = -.637$; $p < 0.01$), esto es, que a mayores niveles de depresión, menores son los niveles de vitalidad de los pacientes. Por ello, la magnitud de energía, fuerza y vitalidad que experimentan los pacientes disminuye en la medida en que los niveles de depresión aumentan. Este aumento se refleja en cansancio, alteraciones de sueño, pérdida de interés entre otros síntomas. Cabe señalar que, un factor determinante que mantiene la depresión en niveles altos y la vitalidad en niveles bajos son los problemas relacionados a la calidad de sueño, ya que gracias al sueño se produce la recuperación de energía y fuerza del paciente ante la actividad realizada en el día. Por otra parte, Mera (2007) califica la vitalidad como la energía que experimentan los pacientes tras realizar sus actividades, esto se pudo apreciar después de una sesión en pacientes con hemodiálisis, donde se observó que los niveles de intensidad de la terapia genera bienestar en los pacientes y con ello una mejor percepción y energía para confrontar los tratamientos venideros.

En cuanto a la dimensión función social, se encontró relación negativa altamente significativa entre esta y la depresión ($\rho = -.537$; $p < 0.01$), dicho de otro modo, mientras mayor es la depresión, menor es la función social en los pacientes. Es decir, que los niveles altos de depresión guardarían relación con la inadecuada relación interpersonal que el individuo mantiene en su vida habitual, siendo esto influenciado por dolencias físicas o carencias afectivo-emocionales. Asimismo, Barlés (2000) mencionó que durante las etapas iniciales de depresión, los cambios que presenta la persona en el área social no son evidentes, pero estos son más notables a medida que la depresión avanza. Cabe mencionar que estos cambios también tienen lugar en el área afectiva y laboral del paciente.

Del mismo modo, se encontró relación negativa altamente significativa, entre la dimensión de rol emocional y la depresión ($\rho = -.518$; $p < 0.01$), es decir, a mayor

depresión, menor rol emocional en los pacientes crónicos. En otras palabras, al incrementarse los niveles de depresión en el paciente crónico, disminuye el cuidado y el tiempo dedicado a las actividades cotidianas debido a dificultades emocionales, solo serían parte de la relación entre ambas variables. Al respecto, Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas (2009) mencionaron como resultado de un estudio sobre la influencia de las emociones negativas en la salud mental y física, que las emociones negativas en un nivel alto tales como la tristeza-depresión, miedo-ansiedad, ira y asco, son factores contribuyentes en el proceso de salud-enfermedad. Señalaron, además, que el como producto de ello se evidencian algunas limitaciones durante las actividades laborales, ello debido a la pérdida de interés y placer en las mismas.

Por último, se encontró relación altamente significativa de manera inversa entre la salud mental y depresión ($\rho = -0.566$; $p < 0.01$). Es decir, un nivel alto de depresión guardaría relación con indicadores como sensación de nerviosismo, bajo estado de moral, desinterés e infelicidad; en cambio, una adecuada salud mental estaría relacionada a la prevención de trastornos mentales futuros. En relación a lo anteriormente mencionado, Rudnicki (2006) sustenta que las principales características emocionales están asociadas a la forma como los pacientes con insuficiencia renal crónica se enfrentan al tratamiento de hemodiálisis, asimismo, mencionó que los pacientes con dicha enfermedad muestran diferentes sintomatologías pasajeras como fatiga, apatía, inquietud, irritabilidad y disturbios de atención. Por otro lado, de manera frecuente presentan, depresión, frustración y síntomas de ansiedad, lo cual está relacionado a la salud física, al deseo de abandono y al deseo de encontrar otra forma de tratar la enfermedad.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

La presente investigación, con los datos y resultados sobre la depresión y la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas, llega a las siguientes conclusiones:

En cuanto al objetivo general, se halló relación significativa e inversa entre la depresión y la calidad de vida en los pacientes con enfermedades crónicas, es decir, mientras mayor depresión se muestra, menor será el nivel de calidad de vida y sus dimensiones.

En cuanto al primer objetivo específico, se encontró que la dimensión función física sí se relaciona de manera inversa y significativamente con la depresión ($\rho = -.331$; $p < 0.05$). En otras palabras, mientras mayor es la depresión, menor será la función física en los pacientes. Del mismo modo, el nivel de función física afectado por alteraciones de depresión y una o más enfermedades crónicas guardaría relación con problemas de frustración en el paciente por la limitación a realizar actividades que demanden esfuerzo.

Respecto al segundo objetivo específico, se encontró que la dimensión rol físico sí se relaciona de manera inversa y significativamente con la depresión ($\rho = -.407$; $p < 0.05$). Dicho de otro modo, mientras mayor es la depresión, menor será el rol físico en los pacientes. En efecto, los pacientes deprimidos presentan un grado más elevado de dificultad para realizar actividades que antes eran más sencillas, así como la disminución del rendimiento y producción física.

En el tercer objetivo específico, se encontró que la dimensión dolor corporal sí se relaciona significativamente con la depresión, de manera inversa ($\rho = -.448$; $p < 0.05$). Es

decir, que a mayor depresión, menor es el dolor físico, ya que el paciente depresivo evidencia alteración en las áreas sensitivas; Del mismo modo, una visión dolorosa de la vida y una enfermedad crónica, intensifican el dolor padecido, comprometiendo también las tareas laborales y hogareñas.

En cuanto al cuarto objetivo específico, se encontró que la dimensión salud general sí se relaciona significativamente con la depresión, de manera inversa ($\rho = -.467$; $p < 0.05$). Esto es, mientras mayor es la depresión, menor será la salud general de los pacientes. Del mismo modo, los niveles altos de depresión tendrían relación con la desvaloración de la salud en el paciente, así como las perspectivas al futuro y la resistencia a enfermarse.

Respecto al quinto objetivo específico, se encontró que la dimensión vitalidad sí se relaciona negativa y significativamente con la depresión ($\rho = -.637$; $p < 0.05$). Es decir, mientras mayor es la depresión, menor será la vitalidad de los pacientes. Así mismo un estado depresivo está relacionado a un bajo nivel de energía, fuerza y vitalidad frente a eventos que generen agotamiento y dificultades en el sueño que mantienen los niveles de energía disminuidos.

En el sexto objetivo específico, se encontró que la dimensión función social sí se relaciona negativa y significativamente con la depresión ($\rho = -.537$; $p < 0.05$). Es decir, mientras mayor es la depresión, menor será la función social en los pacientes. Pues la intensidad de los problemas emocionales producidos por la depresión deteriora la vida social de los pacientes.

En cuanto al séptimo objetivo específico, se encontró que la dimensión rol emocional sí se relaciona significativamente con la depresión, de manera inversa ($\rho = -.518$; $p < 0.05$). Es decir que, mientras mayor es la depresión, menor será el rol emocional de los pacientes. Un cuadro depresivo en esta dimensión estaría relacionado con la disminución de tiempo, cuidado y rendimiento dedicado a actividades frecuentes.

Respecto al octavo objetivo específico, se encontró que la dimensión salud mental sí se relaciona significativamente con la depresión, de manera inversa ($\rho = -.566$; $p < 0.05$): mientras mayor es la depresión, menor será la salud mental de los pacientes. Es decir, al alterarse esta dimensión por efectos de un cuadro depresivo la persona experimentara sintomatología propia de la psicopatología y disturbios emocionales, lo cual puede representar el origen de psicopatologías asociadas a la depresión, ansiedad y disminución en el control propio y malestar general.

2. Recomendaciones

Las recomendaciones a futuros investigadores serían las siguientes:

- Considerar el tiempo de enfermedad crónica que padece el paciente, ya que esta variable puede influir en los grados de depresión, siendo el afronte un experiencia de duelo que puede proporcionar datos significativos para verificar los niveles de depresión.
- Ampliar la muestra de estudio de modo que los resultados y conclusiones se puedan generalizar.
- Hacer uso de un instrumento que mida la variable calidad de vida de manera global y por dimensiones.
- Implementar un programa de capacitación en el hospital donde se llevó a cabo la investigación para concientizar sobre la desmotivación y prevenirla, Puesto que las personas que contraen una enfermedad crónica son vulnerables a esta, y cuando sucumben ante ella cambian el panorama que tienen de la vida, sosteniendo la idea irracional de ser personas incapacitadas. Por otra parte, se sugiere también un programa para infundirles conocimientos reales con base en estudios, lo cual podría ser una buena opción frente a esta problemática.

Referencias

- Aggelopoulou A., Nikolaos V., Chatziefstratiou A., Giakoumidakis K., Elefsiniotis I., & Brokalakia H. (2017). El nivel de ansiedad, depresión y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardíaca en Grecia. *Applied Nursing Research*, 34(1), 52–56. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189716301367>
- Alfaro, P. (2011). Calidad de vida relacionada a la salud y locus de control de la salud en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis (tesis de Licenciatura) Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/1287/ALFARO_CARDENAS_PEDRO_CALIDAD.pdf?sequence=1
- Alkhatami A., Alamin M., Alqahtani A., Alsaed W., Alkhatami M. y Al-Dhafeeri A (2017) La depresión y la ansiedad entre atención primaria de salud hipertensa y pacientes diabéticos. ¿Se podría usar la percepción de los pacientes percepción sobre el control de sus enfermedades como una herramienta de detección? *Saudi Medical Journal*, 38 (6), 621-628. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28578442?report=abstract>
- American Psychiatric Association (2009) *Diccionario conciso de psicología*. México: Manual Moderno.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ta ed.). España: Masson.

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ta ed.). Madrid: Panamericana
- Ardila, R. (2003). Calidad de Vida: Una definición integradora. *Revista latinoamericana de psicología*, 35(2), 161-164. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Arrivillaga, M., Correa, D., y Salazar, I. (2007) *Psicología de la Salud*. Abordaje integral de la enfermedad crónica. Colombia: Manual Moderno.
- Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, v., y Lozano, T. (2004) Caracterización de la depresión en Jóvenes Universitarios. Pontificia Universidad Javeriana - Cali. *Universitas. Psychological*, Bogotá. Colombia. 3(1), 17-26. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/inicio/ArtPsfRed.jsp?iCve=64730103>
- Arroyo, C., y Berlato, P. (2012). *La comunicación, Lengua castellana y Literatura*. España: Oxford University Press.
- Assalvi, K., Aparecida, D., y Silva. A. (2010) Evaluación de la calidad de vida y de la depresión de técnicos y auxiliares de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 126-133. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_17.pdf
- Ávila, A. (1990). Psicodinámica de la depresión. *Revista Anales de Psicología de la Universidad de Murcia, España*, 6(1), 37-58. Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v06/v06_1/04-06_1.pdf
- Bandura, A. (1977). *Teoría del Aprendizaje Social*. New Jersey: Prentice Hall
- Barles, C. (2000). Depresión. *Medicina Naturista*, 1(1) ,36-41. Recuperado: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/202436.pdf>
- Bastidas, J, y Galarza, J. (2016) Tipos de colostomía según su localización y la calidad de vida en los pacientes colostomizados que asisten al Consultorio Externo de

- Cirugía General del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2015.
(Tesis para optar el título profesional en Enfermería). Universidad Peruana Unión.
Lima.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., y Emery, G. (2002). *Terapia Conductual Racional Emotiva*. España: Desclee de Brouwer.
- Beck, A., Steer, R., Brown, G (2006). *Inventario de Depresión de Beck*. Argentina. Paidós.
- Boggiano, A., y Barret, M. (1991). Gender differences in depression in college students. *Sex Roles*, 25(11-12), 595-605. Recuperado de: <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF00289566#page-1>
- Butcher, J., Mineka, S., y Hooley, J. (2006). *Psicología Clínica*. España: Pearson Educación SA.
- Calderón, G. (1999). *Depresión. Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general*. México: Trillas.
- Carlson, G., y Hatfield, E. (1992). *Psychology of Emotion*. Orlando Florida: Harcourt Brace Jovanovich.
- Casas, F. (1999). Calidad de vida y calidad humana. *Papeles del Psicólogo*, 74(1). Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=812>
- Castillo, D. (2014) Calidad de vida y depresión en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario, Chiclayo 2012. (Tesis para optar el título de licenciado en Psicología). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo.
- Centro Colaborador Nacional de Salud Mental (2013). *Social Anxiety Disorder*. EEUU: Laicester.
- Choi, Y., Cancion, R., y Ku, J. (2017). Efectos de un programa de promoción de la salud Tai Chi basada en marcadores Síndrome Metabólico, comportamientos de

salud y calidad de vida en machos de oficina los trabajadores de edad media: un ensayo aleatorio. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 23(12), 949-956. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28654312>

Costa N., y Weems, C. (2005). Maternal and Child Anxiety: Do Attachment Beliefs or Children's Perceptions of Maternal Control Mediate Their Association? *Social Development*, 14 (4), 574 – 590. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.14679507.2005.00318.x/abstrat>

Dryden, W., Ellis, A. (1989). *Practica De La Terapia Racional Emotiva*. New York: Desclée de Brouwer S.A.

Engel, G, (1977). The need for a new med model. A challenge for biomedicine. *Open Science Journal*, 196(4286), 129-136. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/847460>

Eysenck, H. (1995). *Eysenck en intraversión*. New York: Willey

Feldman, R, (2010). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. México: Interamericana.

Flores, M., Cervantes, G., Gonzales, G., Vega M., y Valle, M. (2012). Ansiedad y Depresión como Indicadores de Calidad de Vida en Adultos Mayores. *Revista de Psicología da IMED*, 4(1), 649-661. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5154971>

Frazer, C., Christensen, H., y Griffiths, K. (2005). Effectiveness of treatments for depression in older people. *Medical Australia Limited*, 20(1), 182(12): 627-32. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15963019>

Garay, J., y Farfan, M. (2007) Niveles de Depresión, Autoestima y Estrés en Mujeres que tienen un Trabajo Remunerado y Mujeres que tienen un Trabajo no Remunerado.

Psicología Iberoamericana, 15(2), 22-29. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915933004>

García, N., Jusser, T., Rosete, G., y Elio, M. (2002). Tratamiento farmacológico de la depresión mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(3), 213-219. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000300009

Gaviria, A., y Silvia, L. (2009). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? *Revista colombiana de Psiquiatría*, 38(2), 316-324. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615421008>

Gemma, M. (18 de diciembre de 2012). *Depresión*. España: Redacción Onmeda. Recuperado de <https://www.onmeda.es/enfermedades/depresion.html>

Gonzales, T. (2008). Relación entre percepción del apoyo parental a la autonomía e involucramiento parental con ansiedad en púberes (Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología) Pontificia Universidad Católica, Lima. Recuperado de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/397>

Gushiken, A. (2008). *Salud Mental y Derechos Humanos Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables*. Peru: Defensoría del Pueblo. Recuperado de: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/16_informe_defensorial_140.pdf

Henningsen, P., Zimmerman, T., y Sattel, H. (2003). Síntomas físicos, ansiedad y depresión médicamente inexplicables. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 528-33. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12883101>

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2006). *Metodología, de la investigación*. México. El comercio

- Instituto Nacional de Estadísticas e Informáticas (abril, 2015) Perú, Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2014. Perú: Talleres gráficos del INEI. Recuperado de: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1212/Libro.pdf
- Kaplan, A. (1986). Implications for depression in women. *Journal Article*, 23(2), 234-242. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/h0085603>
- Kramlinger, K. (2002). *Guía de la Clínica mayo sobre la depresión*. Barcelona: Plaza Janes
- Lara, MC., Medina-Mora, M., Borges, G., y Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: disability and work days lost. *La Salud Mental*, 30(5), 4-11. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58230502>
- Lazo, D. (2004) *Alcoholismo*. Colombia: Sociedad de San Pablo.
- Lecrubier, Y. (2001). La carga de la depresión y la ansiedad en la medicina general. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(8), 4-9. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12108821>
- Liebert, R., y Morris, L. (1967). Cognitive and emotional components of test anxiety: A distinction and some initial data. *Psychological Reports*, 20(3), 975-978. Recuperado de: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2466/pr0.1967.20.3.975?journalCode=prxa>
- Lugo, I., Reynoso, L., y Fernández, M. (2014) Percepción de enfermedad, depresión, ansiedad y control del asma: Una primera aproximación. *Neumología y cirugía de tórax*, 73(2), 114-121. Recuperado: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462014000200003

- Mera, M. (2007). Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis (tesis inédita de Licenciatura) Universidad Austral de Chile. Recuperado de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmm552c/doc/fmm552c.pdf>
- Meyer, F., Lossnitzer, D., Kristen, A., Schoene, A., Kübler, W., Katus, H., y Borst, M. (2005). Respiratory muscle dysfunction in idiopathic pulmonary arterial hypertension. *The European respiratory journal*. 25(1), 125-130. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15640333#>
- Millan, J. (2011). Envejecimiento y calidad de vida. *Revista Galena de economía*, 20(1), 1-13. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39121275006>
- Mingote, J., Gálvez, M., Del Pino, P., y Gutiérrez, D. (2009). El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 55(214), 41-63. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000100004
- Mitjans., M., y Arias, B. (2012). La genética de la depresión: ¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? *Centro de Investigaciones Biomédicas en Red de Salud Menta*, 40(2), 70-83. Recuperado de: <http://www.actasespanolasdepsiquiatria.es/repositorio/14/76/ESP/14-76-ESP-70-83-680417.pdf>
- Morales, H. (2015). Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes tb-mdr de la red almenara de Es salud. (Tesis para optar el título de médico cirujano). Universidad Ricardo Palma, Perú.
- Moreno, J., Arango, J., y Rogers, H. (2010) Necesidades Familiares y su relación con las características psicosociales que presentan los cuidadores de personas con demencia. *Psicología desde el Caribe*, 1(26), 1-35. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21319039002>

- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., y Gayson, C. (1999). Explaining the Gender Difference in Depressive Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1061 – 1072. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.501.8948&rep=rep1&type=pdf>
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la Salud y calidad de vida*. México: Thomson
- Ochoa, C., Cruz, A., y Moreno, N. (2014). Depresión en la mujer: ¿expresión de la realidad actual? *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 6(1), 113-135. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5123749.pdf>
- OMS (27 septiembre de 2015). ¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública?, Washington: Banco Mundial. Recuperado de: <http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html>
- OMS (marzo, 2013). Datos sobre las enfermedades no transmisibles. Washington, EEUU: OMS/Banco Mundial. Recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/
- Organización Mundial de la Salud (2000). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (10 versión). España: Medica Panamericana.
- Organización Mundial de Salud (13 abril de 2016). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. Washington: Banco Mundial. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- Organización Mundial de Salud (13 de marzo de 2017). La depresión encabeza la lista de las causas de enfermedad. Washington, EEUU: OMS/Banco Mundial. Recuperado de: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es/>

- Organización Panamericana de Salud (13 de marzo, 2017). Depresión, causas de enfermedad. Ginebra, Washington: OMS/Banco Mundial. Recuperado de: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102%3Adepression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es
- Ortiz de Zarate, A., Alonso, I., Ubis, A., y Ruiz de Azúa, A. (2011). *Trastornos del estado de ánimo*. España: Elsevier
- Papalia, D., Wendkos, S., y Duskin, R. (2010). *Desarrollo humano*. México: Interamericana.
- Patilla, C. (2011). *Ansiedad, depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos tipo 2 con adherencia y sin adherencia al tratamiento*. Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en Psicóloga). Universidad Mayor de San Marcos, Lima.
- Pervin, L., y Jhon, O. (2000). *Personalidad: Teoría e investigación*. Bogotá: Manual Moderno.
- Piccnelli, M., y Wilkinson, G. (2000). Gender Difference in depression. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 486-492. Recuperado de: <http://bjp.rcpsych.org/content/177/6/486/full-text.pdf+html>
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A., y Oblitas, L. (2009) Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1342/134213131007.pdf>
- Ramos-Brieva J, Cordero A. (1986). A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depresión. *Journal of psychiatric research*, 22(1), 21-28.
- Rasco, L., y Suarez, V., (2017). *Creencias irracionales y ansiedad en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de una Universidad Privada de Lima Este*, 2016.

(Tesis presentada para optar el título profesional de psicólogo). Universidad Peruana Unión, Lima

Ríos, B., Rangel, G., Alvares, R., Castillo, F., Ramírez, G., Pantoja, J., Yáñez, B., Arrieta, E. y Ruiz, K. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Medigraphic Artemisa*, 6(4). 147-153. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2008/am084a.pdf>

Ríos, M. (2013). Frecuencia De Depresión En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 (Titulo para optar por el grado de licenciado en medicina) Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo.

Rojas, D. (2010). Estandarización lingüística y pragmática del diccionario: forma y función de los diccionarios de provincialismos chilenos. *Boletín de Fitología*, 45(1), 209-233. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-93032010000100009

Rudnicki, T. (2006). Aspectos emocionales del paciente renal crónico. *Perspectivas en Psicología*, 2(2), 279 – 288. Recuperado: <http://www.redalyc.org/pdf/679/67920207.pdf>

Sailor. (27 de junio de 2012). Falsa depresión o déficit de neurotransmisores [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://conmigo8.blogspot.pe/2012/06/causas-depresiondeficit.html>

San Molina, L., y Arranz, B. (2010). *Comprender la Depresión*. España: Amat

Sánchez, B. (2000). La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. *Investigación y Educación en Enfermería*, 19(2), 36-50. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218301003>

Sánchez, C. (2000). *Gerontología Social*. Buenos Aires: Espacio

- Santos, P., Capote J., Cavalcante, F., Ferreira, T., Dos Santos, F., y da Silva, O. (2017). Los métodos de control religiosas predicen la depresión y la calidad de vida en los pacientes con enfermedad renal en etapa terminal sometidos a hemodiálisis: un estudio transversal. *BMC Nephrol*, 18(1), 197. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28623903>
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de psicología*, 9 (2), 133-170. Doi: 0212-9728.
- Schultz, D. y Schultz, S. (2009). *Teorías de la Personalidad*. México: Cengage Learning.
- Seguro Social de Salud (27 de Julio de 2016). EsSalud presentó nuevo modelo de Cuidado Estandarizado para prevenir enfermedades crónicas. Perú: EsSalud. Recuperado de: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-presento-nuevo-modelo-de-cuidado-estandarizado-para-prevenir-enfermedades-cronicas/>
- Spielberger, D. (1966). *Anxiety and Behavior*. New York: Academic Press
- Ströhle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *En Journal of Neural Transmission*, 116(6), 777-784. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18726137>
- Suman, A., Costa, É., Bazan, S., Hueb, J., Carvalho, F., Martin L., y Yoo H. (2017). La evaluación de la musculatura respiratoria, calidad de vida, la ansiedad y la depresión en los pacientes con indeterminada crónica de Chagas la enfermedad y los síntomas de la hipertensión pulmonar. *Revista da Sociedade de Brasileira de Medicina Tropical*, 50(2), 194-198. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28562755>

- Tuesta, R. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud. Elementos conceptuales. *Salud. Revista Médica de Chile*, 21(1), 71-76. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138n3/art17.pdf>
- Urzúa, M., y Caqueo, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138(3), 358-365. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017
- Valderrama, M., y Pedraza, R. (2017). Trastornos de ansiedad y depresión en relación con la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en estadio localmente avanzado o diseminado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1(21), 1-10. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745017300562>
- Villanueva, C., y Casas, J. (2014). Depresión y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital De Es Salud en Lima – Perú, 2014. (Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología). Universidad Peruana Unión.
- Von Korff, M. y Simon, G. (1996) The relationship between pain and depression. *The British Journal of Psychiatry. Supplement - Journals*, 168 (30), 101-108. Recuperado: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8864155>
- Watson, J. (1955). *El Conductismo*. Buenos Aires: Paidós.
- White, E. (1905). *El Ministerio de Curación*. Argentina: ACES.
- White, E. (1955). *El Deseado de todas las gentes*. Argentina: ACES.
- White, E. (1959). *Ministerio de Curación*. Argentina: ACES
- White, E. (1982). *El camino a Cristo*. Argentina: ACES.
- White, E. (1990). *Mente, Carácter y Personalidad Volumen 2*. Argentina: ACES.
- White, E. (2009). *La Educación*. Argentina: ACES

- Widiger, T., y Spitzer, R. (1991). Sex bias in the diagnosis of personality disorders: Conceptual and methodological issues. *Clinical Psychology*. Recuperado de: sciencedirect.com/science/article/pii/027273589190135H
- Xesús, M. (2010). Tratando Depresión guía de actuación para el tratamiento psicológico (Vol. 1). España: PÍRAMIDE.
- Zaldivar, D. (1 de Febrero de 2015). *Amistad, apoyo social y bienestar*. Habana: Infomed ciego de Avila. Recuperado de: <http://www.sld.cu/sitios/ciego-avila/temas.php?idv=17839>
- Zuluaga, M. (2010). Depresión, calidad de vida y condiciones de la vivienda como predictores de la mortalidad en ancianos con insuficiencia cardiaca. (Tesis para optar por el Título Profesional de Doctor) Universidad Autónoma de Madrid. España.
- Zúñiga, A., Sandoval, M., Juárez, N., y Villaseñor, S. (2005). Los trastornos del estado del ánimo. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 1067-6079. Recuperado de: http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art110.pdf

ANEXOS

Anexo A

Matriz de consistencia

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Variable
¿Existe relación significativa entre depresión y calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este?	Determinar si existe relación significativa entre depresión y calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.	Sí existe relación significativa entre depresión y calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.	Calidad de vida <ul style="list-style-type: none"> • Función física • Rol físico • Dolor muscular • Salud General • Vitalidad • Función Social • Rol emocional • Salud mental Depresión
Preguntas Específicas	Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas	Diseño, alcance y corte
¿Existe relación significativa entre depresión y función física en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este?	Determinar si existe relación significativa entre depresión y función física en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.	Sí existe relación significativa entre depresión y función física en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.	Enfoque Cuantitativa Diseño experimental no Corte transversal Alcance correlacional
¿Existe relación significativa entre depresión y el rol físico en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este?	Determinar si existe relación significativa entre depresión y el rol físico en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.	Sí existe relación significativa entre depresión y el rol físico en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.	
¿Existe relación significativa entre depresión y el dolor muscular en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este?	Determinar si existe relación significativa entre depresión y el dolor muscular en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.	Sí existe relación significativa entre depresión y el dolor muscular en pacientes con enfermedades crónicas de un Hospital de nivel I de Lima Este.	
¿Existe relación significativa entre depresión y salud general en pacientes con enfermedades	Determinar si existe relación significativa entre depresión y salud general en pacientes con	Sí existe relación significativa entre depresión y salud general en pacientes con enfermedades	

crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este?	enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.	crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.
¿Existe relación significativa entre depresión y vitalidad en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este?	Determinar si existe relación significativa entre depresión y la vitalidad en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.	Sí existe relación significativa entre depresión y la vitalidad en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.
¿Existe relación significativa entre depresión y función social en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este?	Determinar si existe relación significativa entre depresión y la función social en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.	Sí existe relación significativa entre depresión y la función social en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.
¿Existe relación significativa entre depresión y rol emocional en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este?	Determinar si existe relación significativa entre depresión y el rol emocional en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.	Sí existe relación significativa entre depresión y el rol emocional en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.
¿Existe relación significativa entre depresión y salud mental en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este?	Determinar si existe relación significativa entre depresión y la salud mental en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.	Sí existe relación significativa entre depresión y la salud mental en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este.

Anexo B
Carta de autorización



"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"
"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN"

CARTA No. 1412-D-HJVBC-GRDA-EsSalud-2017

Santa Anita, 30 de octubre 2017

Doctora
DAMARIS QUINTEROS ZUÑIGA
Directora de la EP de Psicología
Universidad Peruana Unión
Presente.-

Ref. : Carta S/N de Universidad Peruana Unión

Asunto: Solicita Autorización para Aplicar las Pruebas a Pacientes con Enfermedades Crónicas.

De mi consideración:

Tengo a bien dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y en atención al documento de la referencia, en la cual el estudiante MISSAEL GABRIEL ROQUE AFRAY, quien se encuentra realizando una Investigación Titulada "**Depresión y la Calidad de Vida en Pacientes con Enfermedades Crónicas**" en nuestro Hospital, la Universidad a la que pertenece el estudiante solicita el permiso para aplicar las pruebas a pacientes con enfermedades crónicas de la institución.

En virtud de lo señalado, le informo que la Jefatura de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento autoriza su petición.

Sin otro particular, agradezco su atención y me despido de usted.

Atentamente,


.....
Dr. Arnaldo Suárez Malvarte
Director
Hospital Jorge Voto Bernaldes GRDA
EsSalud

ASN/rte.
0594-2017-2113
Adj.: (02) Folios

Hospital Jorge Voto Bernaldes Corpancho
Carretera Central Km. 3.5 Santa Anita
Teléfono 352-0730 Anexo 7139

Anexo C

Fiabilidad del cuestionario de salud SF36

La fiabilidad global de la escala y de sus dimensiones se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. La tabla 11 permite apreciar que la consistencia interna global de la escala (36 ítems) en la muestra estudiada es de ,930 que puede ser valorado como indicador de una elevada fiabilidad ya que supera el punto de corte igual a ,70 considerado como indicador de una buena fiabilidad para los constructos. Asimismo se puede observar que los puntajes de fiabilidad en la mayoría de las dimensiones son aceptables.

Tabla

Estimaciones de consistencia interna de la escala de calidad vida

Sub Dimensiones	Nº de ítems	Alpha
Función Física	10	.917
Función Social	2	.818
Rol Físico	4	.862
Rol emocional	3	.653
Dolor Corporal	2	.771
Salud General	5	.751
Salud Mental	5	.705
Vitalidad	4	.799
Calidad de Vida	35	.930

Anexo D

Fiabilidad de la Escala Hamilton para Depresión

La Escala Hamilton para Depresión (17 ítems) obtiene un coeficiente Alpha de Cronbach de ,805 que puede ser valorado como indicador de una elevada fiabilidad. Asimismo en la tabla se aprecia que los valores de Alpha muestran que cada uno de los ítems presenta una contribución muy parecida a la consistencia global del cuestionario. Por tanto la alta homogeneidad del instrumento indica la existencia de una muy buena consistencia interna del cuestionario.

Tabla

Índices de consistencia interna mediante el Alpha de Cronbach de ña variable Depresion

Reactivos	Media	Varianza si elimina ítem	Alpha si elimina ítem
d1	1.82	41.315	0.783
d2	0.84	45.379	0.788
d3	0.25	46.533	0.790
d4	0.51	47.563	0.793
d5	0.26	48.983	0.796
d6	0.46	51.137	0.811
d7	0.85	43.143	0.782
d8	0.36	45.103	0.785
d9	0.34	47.090	0.789
d10	1.21	47.866	0.806
d11	1.16	46.210	0.794
d12	0.77	46.587	0.796
d13	0.59	47.896	0.791
d14	0.43	51.150	0.809
d15	1.25	45.233	0.789
d16	0.61	48.601	0.801
d17	0.54	51.778	0.811

Sub Dimensiones	Nº de ítems	Alpha
Depresión Global	17	.805

Anexo E

Validez de constructo Cuestionario de Salud SF 36

Como se observa en la siguiente tabla los coeficientes de correlación producto momento de Pearson (r) son significativos; lo que indica que la escala presenta validez de constructo. Asimismo, los coeficientes que resultan de la correlación entre las dimensiones, son significativos en su mayoría lo cual evidencia que el inventario presenta validez de constructo.

Tabla

Correlación entre las Dimensiones de la Escala de Calidad de Vida

Escala s	1		2		3		4		5		6		7		8	
	r	p	r	p	r	p	R	p	r	p	r	p	r	P	r	p
Función Física (1)	1		.36 3**	0.0 04	.60 9**	0.0 00	.43 0**	0.0 01	.50 4**	0.0 00	.39 0**	0.0 02	.40 2**	0.0 01	.37 7**	0.0 03
Función Social (2)		1			.47 5**	0.0 00	.32 5*	0.0 11	.41 2**	0.0 01	.48 7**	0.0 00	.50 9**	0.0 00	.60 5**	0.0 00
Rol Físico (3)				1			.69 0**	0.0 00	.38 8**	0.0 02	.53 6**	0.0 00	.56 6**	0.0 00	.44 8**	0.0 00
Rol Emocional (4)					1			.28 4*	0.0 26	.33 0**	0.0 10	.63 1**	0.0 00	.39 8**	0.0 01	
Dolor Corporal (5)									1		.36 7**	0.0 04	.40 8**	0.0 01	.40 7**	0.0 01
Salud General (6)												1	.46 8**	0.0 00	.52 0**	0.0 00
Salud Mental (7)														1	.56 3**	0.0 00
Vitalidad (8)																1

Anexo F

Validez de constructo del Escala Hamilton para Depresión

Como se observa en la siguiente tabla los coeficientes de correlación producto momento de Pearson (r) son significativos; lo que indica que la escala presenta validez de constructo. Asimismo, los reactivos que resultan de la correlación entre la única dimensión del instrumento, son moderados y significativos en su totalidad, lo cual evidencia que el inventario presenta validez de constructo.

Tabla

Correlación entre los ítems y la escala general

Escala	Depresión	
	r	p
d1	.679**	.000
d2	.588**	.000
d3	.560**	.000
d4	.530**	.000
d5	.494**	.000
d6	.192	.139
d7	.192	.000
d8	.628**	.000
d9	.587**	.000
d10	.390**	.002
d11	.521**	.000
d12	.499**	.000
d13	.591**	.000
d14	.203	.117
d15	.586**	.000
d16	.398**	.001
d17	.138	.289



Anexo G

Consentimiento informado



UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Una Institución Adventista

Proyecto de investigación para optar el grado académico de psicólogo

“Relación entre depresión y calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas de un Hospital de Nivel I de Lima Este.”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Dirección de Hospital “Jorge Voto Bernales Corpancho” de Lima Este, hace constar que, acepta la aplicación de instrumentos de investigación durante los meses de noviembre y diciembre del 2017, que se aplicara a los pacientes con enfermedades crónicas en el hospital de forma anónima, a cargo del Bachiller Missael Gabriel Roque Afray, egresados de la Universidad Peruana Unión de la facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Psicología. La realización del presente trabajo de investigación nos permitirá conocer qué relación hay entre los componentes de depresión y Calidad de Vida en pacientes con enfermedades crónicas que presentan los pacientes con enfermedades crónicas del hospital Jorge Voto Bernales Corpancho. El presente estudio corresponde al tipo de investigación correlacional, describiendo las variables de estudio, para luego relacionar dichas variables, el diseño de la investigación es no experimental de corte transversal. Este estudio se justifica por la relevancia que el mismo presenta. La presente investigación tiene el propósito de enriquecer el conocimiento científico, que proporcionara información validada y confiable, que servirá de material bibliográfico para investigaciones posteriores, beneficiando al personal de salud, docentes y padres de familia. Conocer la relación de cada componente de la inteligencia emocional con la depresión, constituirá una fuente valiosa de información para el diseño de estrategias.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiente voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo derecho a retirarme de la investigación en cualquier momento sin que se me afecte de ninguna manera.

Firma

Fecha

Anexo H

Instrumento Estado de Salud SF36

DATOS GENERALES

A continuación encontrará una serie de preguntas acerca de la calidad de vida que presentan pacientes con enfermedades crónicas. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Por consiguiente deben de contestar con toda sinceridad y honestidad para poder tener un resultado confiable.

Edad Sexo Nivel de estudios

Ocupación Estado Civil

¿Presenta usted alguna de las siguientes enfermedades?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Hepatitis C |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica |
| <input type="checkbox"/> Rinitis crónica | <input type="checkbox"/> Artrosis |
| <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Migraña crónica |
| <input type="checkbox"/> Otras enfermedades crónicas..... | |

CUESTIONARIO SF 36

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente. Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una la casilla que mejor describa su respuesta.

¡Gracias por su colaboración!

01 En general, usted diría que su salud es				
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

02. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?				
Mucho mejor ahora que hace un año	Algún mejor ahora que hace un rato	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año

03. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?				
3A	Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes, agotadores.	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
3B	Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
3C	Coger o llevar la bolsa de la compra	Sí, me limita	Sí, me limita	No, no me

		mucho	un poco	limita nada
3D	Subir varios pisos por la escalera	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
3E	Subir un solo piso por la escalera	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
3F	Agacharse o arrodillarse	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
3G	Caminar un kilómetro o mas	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
3H	Caminar varios centenares de metros	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
3I	Caminar unos 100 metros	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
3J	Bañarse o vestirse	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada

04. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?			
4A.	¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	SI	NO
4B.	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	SI	NO
4C.	¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	SI	NO
4D.	¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas?	SI	NO

05. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?			
5A.	¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?	SI	NO
5B.	¿Hizo menos del o que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	SI	NO
5C.	¿Hizo su trabajo o a sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?	SI	NO

06. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?				
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

07. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?					
No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo

08. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?				
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

09. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...						
9A.	¿Se sintió lleno de Vitalidad?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca

9B	¿Estuvo muy nervioso?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
9C	¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarte?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
9D	¿Se sintió calmado y tranquilo?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
9E	¿Tuvo mucha energía?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
9F	¿Se sintió desanimado y deprimido?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
9G	¿Se sintió agotado?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
9H	¿Se sintió feliz?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
9I	¿Se sintió cansado?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca

10. ¿Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?				
Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases						
11 ^a	Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo se	Bastante falsa	Totalmente falsa
11B	Estoy tan sano como cualquiera	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo se	Bastante falsa	Totalmente falsa
11C	Creo que mi salud va a empeorar	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo se	Bastante falsa	Totalmente falsa
11D	Mi salud es excelente	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo se	Bastante falsa	Totalmente falsa

Anexo I

Escala de Depresión Hamilton-HDS

1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad

0	Ausente
1	Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente
2	Estas sensaciones las relata espontáneamente
3	Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
4	Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

2. Sentimiento de culpa:

0	Ausente
1	Se culpa a <u>si</u> mismo, cree haber decepcionado a la gente
2	Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
3	Siente que la enfermedad actual es un castigo
4	Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. Suicidio:

0	Ausente
1	Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
2	Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse
3	Ideas de suicidio o amenazas
4	Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. Insomnio precoz:

0	No tiene dificultad
1	Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño
2	Dificultad para dormir cada noche.

5. Insomnio intermedio:

0	No hay dificultad
1	Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche en forma espontánea. Está despierto durante la noche, cualquier
2	ocasión de levantarse de la cama (excepto por motivos de evacuar)

6. Insomnio tardío:

0	No hay dificultad
1	Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
2	No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades:

0	No hay dificultad
1	Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
2	Pérdida de interés en su actividad (falta de interés, indecisión y vacilación)
3	Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad
4	Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda

8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

0	Palabra y pensamiento normales
1	Ligero retraso en el habla
2	Evidente retraso en el habla
3	Dificultad para expresarse
4	Incapacidad para expresarse

9. Agitación

0	psicomotora: 0 Ninguna
1	Juega con sus dedos
2	Juega con sus manos, cabello, etc.
3	No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
4	Retuerce las manos, se muerde las uñas o los labios, se tira de los cabellos

10. Ansiedad psíquica:

0	No hay dificultad
1	Tensión subjetiva e irritabilidad
2	Preocupación por pequeñas cosas
3	Actitud <u>habla</u> aprensiva en la expresión o en el
4	Expresa sus temores sin que le pregunten

11. Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)

0	Ausente
1	Ligera
2	Moderada
3	Severa
4	Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales

0	Ninguno
1	Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen.
2	Sensación de pesadez en el abdomen Dificultad en comer si no se le insiste.
3	Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13. Síntomas somáticos generales

0	Ninguno
1	Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.
2	Cualquier síntoma claro se evalúa como 2

14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)

0	Ausente
1	Débil
2	Grave

15. Hipocondría

0	Ausente
1	Preocupado de <u>si</u> mismo (corporalmente)
2	Preocupado por su salud
3	Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16. Pérdida de peso

0	<u>Pérdida</u> <u>semana</u> de peso inferior a 500 gr. en una
1	Pérdida de más de 500 gr. en una semana
2	Pérdida de más de 1 Kg. en una semana

17. Introspección (insight)

0	Se da cuenta que <u>esta</u> deprimido y enfermo Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye
1	la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
2	Negarse estar enfermo del todo