

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE
MOGROVEJO**



**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**

DANITZA IVETT CASTILLO FARFÁN

Chiclayo, 08 de mayo de 2014

**CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON
ARTRITIS REUMATOIDE DE UN CENTRO HOSPITALARIO,
CHICLAYO 2012**

Por

Bach. Castillo Farfán, Danitza Ivett

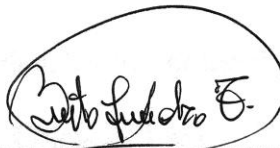
**Presentada a la Facultad de Medicina- Escuela de Psicología de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:**

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

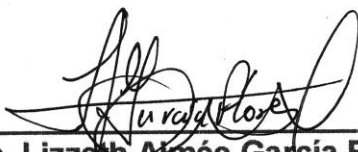
APROBADO POR



**Lic. Beatriz Isabel Ortega Pauta
Presidente del Jurado**



**Lic. Benito Mendoza Torres
Secretario del Jurado**



**Lic. Lizzeth Almée García Flores
Vocal del Jurado**

CHICLAYO, 2014

Calidad de vida y depresión en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario,

Chiclayo 2012.

Castillo Farfán Danitza Ivett

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Chiclayo, Perú

Dedicatoria

A Dios misericordioso, por la vida, por la fortaleza espiritual que nos da su amor y por dejarme sentir su presencia cuando más lo necesitaba.

A mis padres y hermana por el apoyo constante en los pasos que he decidido dar en mi vida, estando siempre a mi lado y brindándome su amor.

A mis docentes que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida.

Agradecimiento

A ti Dios mío, por darme la oportunidad de existir así, aquí y ahora; por mi vida, que la he vivido junto a ti. Gracias por iluminarme y darme fuerzas y caminar por tu sendero.

A mis docentes quienes me brindaron el conocimiento intelectual y humano con sus enseñanzas. Un reconocimiento especial a mi asesora de tesis por el apoyo y atención incondicional brindada y a mi jurado por permitirme aprender de ellos.

A mis padres por su comprensión y constante apoyo brindado en todo este tiempo. A mi hermana Susan por estar siempre presta a ayudarme en mis dudas para la elaboración de mi tesis.

A mis amigos y todas las personas que de una u otra forma me alentaron y contribuyeron al desarrollo de la investigación.

Resumen

El estudio descriptivo-correlacional tuvo como objetivo principal determinar si existe relación entre calidad de vida y depresión en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario de Chiclayo 2012. Asimismo, identificar los niveles generales de calidad de vida, los niveles generales de depresión, y los niveles de cada una de éstas variables según edad y sexo en pacientes con éste diagnóstico. Los instrumentos utilizados fueron: el Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF), teniendo una validez de 0.05 y un Alpha de Cronbach de 0.96, y el Inventario de Depresión de Beck con una validez de 0.05 y un Alpha de Cronbach de 0.95. Además, se realizó el análisis estadístico mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados arrojaron que existe relación entre las variables mencionadas así como, alta calidad de vida y ausencia de sintomatología depresiva en los pacientes con artritis reumatoide.

Palabras clave: Calidad de vida, depresión.

Abstract

The descriptive-correlational study's main objective was to determine whether there is a relationship between quality of life and depression in patients with rheumatoid arthritis in a hospital in Chiclayo 2012. Likewise, identifying general levels of quality of life, overall levels of depression, and levels of each of these variables by age and sex in patients with this diagnosis. The instruments used were: the Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF), having a validity of 0.05 and Cronbach's alpha of 0.96, and the Beck Depression Inventory with a validity of 0.05 and Cronbach's Alpha of 0.95. Moreover, the statistical analysis was performed using the Pearson correlation coefficient.

The results showed that a relationship exists between these variables as well as high quality of life and the absence of depressive symptoms in patients with rheumatoid arthritis.

Keywords: Quality of life, depression.

Índice

Dedicatoria.....	02
Agradecimiento.....	03
Resumen.....	04
Índice.....	05
Introducción.....	07
Antecedentes.....	11
Marco teórico.....	15
Calidad de vida.....	15
Definiciones.....	15
Teorías de la calidad de vida.....	17
Teoría de Patrick y Erickson.....	17
Teoría de Sprangers y Schawartz.....	17
Teoría del Grupo WHOQOL y la OMS.....	18
Depresión.....	20
Definiciones.....	20
Causas de la depresión.....	21
Niveles de depresión.....	23
Teorías de la depresión.....	24
Teoría psicoanalista.....	24
Teorías conductuales.....	24
El modelo de Nezu.....	24
Teorías cognitivas.....	25
Teoría cognitiva de Beck.....	25
Triada cognitiva.....	28

Calidad de vida y depresión

Organización estructural del pensamiento depresivo...	29
Errores en el procesamiento de la información.....	29
Marco conceptual.....	31
Definición operacional.....	34
Hipótesis.....	35
Método.....	36
Resultados.....	45
Discusión.....	49
Conclusiones.....	52
Recomendaciones.....	53
Referencias.....	54
Apéndices.....	58

Calidad de vida y depresión en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario, Chiclayo 2012.

El ser humano a lo largo de la vida se ve afectado por diferentes situaciones o enfermedades que ponen en riesgo su salud y hasta la vida misma. Enfermedades reumáticas como la artritis reumatoide afectan al paciente en la esfera física, psíquica y muy especialmente en su vida social, incluido el área laboral, llegando a afectar su calidad de vida, bienestar psicológico y emocional. Como lo señalara, López, Rincón, Castellanos y Gonzales en 1993 (como se citó en Vinaccia, Tobón, Moreno, Cadena, y Anaya, 2005) la artritis reumatoide produce en los pacientes discapacidad, al generar la pérdida de un gran número de funciones de la vida diaria, lo cual afecta en mayor o menor grado el desplazamiento, el cuidado personal, el trabajo y otras actividades básicas. No obstante, para Newhall-Perry en 2000 (como se citó en Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), 2010) el pronto diagnóstico y terapia pueden controlar el proceso inflamatorio, limitar la progresión del daño, mejorar la calidad de vida, la funcionalidad y la pronta reincorporación a la vida productiva y social del paciente. Por ende, se debe de trabajar multidisciplinariamente con un tratamiento médico que ayude a su malestar físico y aún más importante la terapia psicológica que permitirá al paciente reintegrarse a sus actividades cotidianas y sentirse bien consigo mismo.

Con respecto a la cantidad de personas que padecen de artritis reumatoide, Firestein en 2005 (como se citó en CENETEC, 2010) menciona que afecta al 2% de la población mundial, siendo la edad de inicio de 40 años, aunque puede iniciar en cualquier edad. Además, es más frecuente en mujeres que en varones, con una relación de 3 a 1, esta diferencia entre sexos disminuye a edades más avanzadas. Velásquez et al. (2002) mencionan que se estima que la enfermedad será cada vez más frecuente dado al envejecimiento

progresivo de la población, ya que la incidencia y prevalencia de personas con artritis reumatoide aumenta progresivamente.

Según Acevedo (2012) el Perú no ha estado exento a esta expansión puesto que en estudios realizados por la Red Asistencial del Hospital Nacional Guillermo Almenara comprendida por 13 centros de atención de salud, se registró a 2 740 pacientes con el diagnóstico de artritis reumatoide en el 2004.

El centro hospitalario donde se realizó la investigación, atendió a 121 pacientes con artritis reumatoide en el primer trimestre del 2012. De los cuales se observó que: 1) procedían de un determinado contexto personal, social y cultural y 2) presentaban diferentes estados de ánimo, edades y sexos.

Sobre la calidad de vida, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1994 (como se citó en Casas, Escandell, Ribas, y Ochoa, 2010) la define como la autopercepción del bienestar físico, social y emocional, dentro del contexto cultural y de valores, y en relación con sus objetivos, expectativas e intereses. Y efectivamente, según Guyatt, Fenny y Patrick en 1993 (como se citó en Schwartzmann, 2003) la calidad de vida, para poder evaluarse, debe reconocerse en su concepto multidimensional que incluye también el estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela, el empleo y situación económica.

Así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma del “sentirse bien” en un momento dado de su vida.

Por otro lado, hoy en día las personas son vulnerables a distintos problemas sociales y personales que desembocan en enfermedades físicas y mentales o viceversa, y que pueden aquejar su estado de ánimo, como es el caso de la depresión.

La frecuencia de depresión en artritis reumatoide es variable, de un 15% según Pincus, Griffith, Pearce y Isenberg en 1996 (como se citó en Vinaccia et al., 2005) a un 35%

según Pastor, Morales, Llopis y Ferriol en 1998 (como se citó en Vinaccia et al., 2005).

Además, el paciente requiere progresivamente de cariño y afecto al igual que ayuda física para llevar a cabo actividades de la vida diaria cuando la capacidad funcional declina.

Lozano y Hernández en 2000 (como se citó en Capriotti, 2008) refieren que existen evidencias que sugieren que la depresión deteriora la condición clínica de los pacientes con artritis reumatoide.

Brazelton en 1983 (como se citó en Acosta, Krüger, Huayanay, Bravo, y Arévalo, 2010) manifiesta que el impacto adverso que produce la presencia de síntomas depresivos sobre los individuos en la esfera personal, social y laboral, no sólo es importante en aquellos que presentan diagnóstico de depresión mayor, sino también en aquellos que presentan los síntomas pero no llegan a tener todos los criterios para el diagnóstico de este trastorno.

Sabiendo entonces, que la artritis reumatoide es una enfermedad discapacitante que puede generar depresión así como, deterioro en la calidad de vida del paciente, se formuló la siguiente interrogante: ¿Existe relación entre la calidad de vida y la depresión en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario, Chiclayo 2012?

Los resultados de este estudio beneficiaron al centro hospitalario y permitieron que se tenga en cuenta la implementación de un trabajo multidisciplinario entre el área de Reumatología y Psicología para un pronto tratamiento psicológico que ayude a mejorar el estado emocional del paciente como el de sus familiares, dando así importancia a la terapia psicológica, ya que según Velásquez et al. (2002) los pacientes pueden mejorar la depresión contribuyendo a una mejoría global de su salud. Esto ayudaría al paciente a sentirse bien consigo mismo y en lo posible volver a sus actividades cotidianas.

Se pretendió también, que la información sirva de motivación a estudiantes de la carrera de psicología, psicólogos, docentes, médicos, enfermeras y demás profesionales afines que emprendan nuevos focos de investigación y profundización del tema así como, a

establecer estrategias de intervención en pacientes con artritis reumatoide en el aspecto físico y muy especialmente al aspecto emocional.

Por lo expuesto, cabe señalar que la investigación tuvo como objetivo principal determinar si existe relación entre la calidad de vida y la depresión en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario de Chiclayo 2012; asimismo, como objetivos específicos son identificar: los niveles generales de calidad de vida, los niveles generales de depresión, y los niveles de cada una de estas variables según edad y sexo en pacientes con este diagnóstico.

Calidad de vida y depresión

Antecedentes

Calidad de vida.

Tobón, Vinaccia, Cadena y Anaya (2004) realizaron una investigación a 124 pacientes con artritis reumatoide. Para esto se utilizó el Cuestionario de Calidad de Vida Quality of life for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) versión española, encontrándose que los pacientes colombianos tuvieron una mejor calidad de vida en todas las dimensiones del cuestionario.

En el estudio realizado por Vinaccia et al. (2005) se evaluó a 124 pacientes colombianos con diagnóstico de artritis reumatoide. Para esto se hizo uso del Cuestionario de Calidad de Vida (QOL-RA) versión española, encontrándose que los participantes colombianos tuvieron mejor calidad de vida en todas las dimensiones del QOL-RA con puntuaciones altas en la dimensión de apoyo social e interacción social.

Fernández et al. (2008) realizaron un estudio a 82 pacientes con el diagnóstico de artritis reumatoide en España. Utilizaron el Cuestionario de Calidad de Vida (QOL-RA Scale) en su versión española, encontrando que la calidad de vida en pacientes con este diagnóstico es baja.

Capriotti (2008) realizó un estudio a 63 pacientes con artritis reumatoide que asistieron al servicio de Reumatología del Hospital Inerzonal San Felipe en Argentina. Para esto se utilizó el Cuestionario de Calidad de Vida (QOL-RA). Encontrándose que los pacientes argentinos obtuvieron una buena calidad de vida prácticamente en todas las dimensiones del QOL-RA a su vez, la población argentina fue comparada con pacientes colombianos obteniendo los argentinos mejores puntuaciones en las dimensiones de calidad de vida que los pacientes colombianos.

Arroyo y Barreto (2010) realizaron un estudio a 80 pacientes con artritis reumatoide del complejo Hospitalario Universitario "Ruíz y Páez" de Venezuela en el 2008. Para la recolección de la información se utilizó el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 y el Cuestionario de Calidad de Vida (QOL-RA). Como resultado: del cuestionario SF-36 obtuvieron una buena calidad de vida el 65% de pacientes mientras, que los resultados del cuestionario QOL-RA permitió saber que el 57.5% respondió que su calidad de vida es muy buena. El grupo etario que predominó fue de 46-55 años, correspondiente al 40% y el 91 % pertenecían al sexo femenino. En conclusión, la percepción de los pacientes de su calidad de vida es muy buena a pesar de los problemas físicos y dolor corporal que estaban experimentando.

Depresión.

Cadena, Cadavid, Ocampo, Vélez y Anaya (2002) realizaron un estudio a 107 pacientes con el diagnóstico de artritis reumatoide de Colombia, utilizando el Inventario de Depresión de Zung. En conclusión, se encontró depresión en el 58% de la población lo que supone que la depresión es frecuente en los pacientes con artritis reumatoide a pesar de tener un buen entorno familiar.

Salazar, Wehbe, y Vaccaro (2002) realizaron una investigación a 100 pacientes con artritis reumatoide que consultaron a la Unidad de Reumatología del Hospital "Julio Criollo Rivas" de Ciudad Bolívar –Venezuela en el año 2002. Se utilizó la Escala de Goldberg, la cual mide los niveles de ansiedad y depresión, encontrándose que el 82 % presentó depresión. El grupo etario con mayor frecuencia de ansiedad y depresión fue el de los ancianos. Se apreció que no hubo diferencias de niveles de depresión entre ambos sexos. Asimismo, tales patologías fueron más frecuentes en los pacientes con tiempo de diagnóstico tardío (86,67%). La frecuencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide es alta y se encuentra relacionada con la edad, nivel socioeconómico y tiempo de diagnóstico de la enfermedad.

Mientras que en el estudio realizado por Caballero-Urbe et al. (2004) a 40 pacientes con artritis reumatoide que acudían al Hospital de la Universidad del Norte (HUN) de Barranquilla-Colombia, se les aplicó el Inventario de Depresión de Zung y el Inventario de Depresión de Beck, encontrándose que un 32.5% de pacientes presentaron depresión según el inventario de Zung y un 25% presenta depresión según el Inventario de Beck.

Mosquera y Salazar (2008) realizaron un estudio a 76 pacientes que acudieron a la Unidad Regional de Reumatología del Hospital “Julio Criollo Rivas” de la Ciudad Bolívar – Venezuela en el 2007. Se aplicó la Escala de Hamilton para la Depresión, teniendo como resultado que el 13% presentaron un trastorno depresivo mayor (TDM), el 30% presentaron depresión moderada y el 56 % ausencia de trastorno depresivo. El sexo femenino resultó ser el más afectado puesto que el 13% obtuvieron TDM severo, mientras que el 26% de mujeres y el 3% de varones presentaron depresión moderada. Además, se encontró que el 15 % de pacientes entre los 40- 59 años y el 10 % mayores de 60 años presentaron depresión moderada. Mientras que, el 1 % de pacientes entre los 18– 39 años presentaron TDM severo.

Jaque (2013) realizó una investigación a 96 pacientes (88 mujeres y 8 varones) entre los 25 y 83 años de edad, con el diagnóstico de artritis reumatoide que asistieron al Hospital Regional de Huacho-Perú durante los meses de octubre a noviembre del 2011. El instrumento utilizado fue el Test de Yesavage para la depresión, encontrándose que el 62.5% de pacientes presentan depresión.

Pévez, Berrocal, Llauca y Ramírez (2013) realizaron un estudio a 175 pacientes con artritis reumatoide atendidos en el Hospital Es Salud “Augusto Hernández Mendoza” de Ica-Perú durante el 2011. Se utilizó el Test de Edimburgo, encontrándose que el 16% presenta depresión.

Calidad de vida y depresión.

Vinaccia, Fernández, Moreno y Padilla (2006) en el estudio que realizaron a 82 pacientes (65 mujeres y 17 varones) colombianos con artritis reumatoide, se utilizó el Cuestionario de Calidad de Vida (QOL-RA), el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 y la Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D), obteniendo como resultados en la Escala QOL-RA un nivel de calidad de vida en el rango moderado, en el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 una buena calidad de vida y por último, los datos obtenidos en la CES-D parecen indicar la existencia de depresión en cierto número de pacientes.

Marco teórico

Calidad de vida

Definiciones

Lewton, Moos, Fulcomer & Kleban en 1982 (como se citó en Vinaccia y Margarita, 2012) mencionan que la calidad de vida se puede comprender mejor en el conjunto de evaluaciones que el sujeto realiza sobre su vida actual, es decir, que estas evaluaciones permiten al propio individuo cuantificar su estado de bienestar.

Para Ware en 1984 (como se citó en Vinaccia y Margarita, 2012) la conceptualización de la calidad de vida hace referencia a las dimensiones que podrían situarse en círculos concéntricos, comenzando con los parámetros fisiológicos de la enfermedad y circundados progresivamente por la función personal, psicológica, la percepción global de la salud y la función social; para este autor es importante situar las dimensiones en círculos, lo que permite visualizar que dimensiones se deben cumplir para alcanzar un óptimo bienestar.

Brengelmann en 1986 (como se citó en Vinaccia y Margarita, 2012) define la calidad de vida como las cosas que nos permiten disfrutar la libertad, desarrollar la iniciativa, cultivar hábilmente las relaciones sociales, estar satisfecho, presentar escasas molestias psicosomáticas, tener un buen empleo y encontrar un sentido a la vida; para este autor es importante el cómo se desarrolla la persona en sus diferentes ámbitos y el disfrute de cada uno de estos.

De igual forma, Patrick y Erickson en 1988 (como se citó en Vinaccia y Margarita, 2012) afirman que la calidad de vida es el valor asignado a la duración de la vida modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional y el deterioro provocado por una enfermedad, accidente, tratamiento o política de salud; nos hacen referencia a la importancia de la duración del estado de salud que se puede ver afectado por algún deterioro.

Según la OMS en 1994 (como se citó en Casas et al., 2010) la calidad de vida es la autopercepción del bienestar físico, social y emocional, dentro del contexto cultural y de valores, y en relación con sus objetivos, expectativas e intereses.

Según Shumaker y Naughton en 1995 (como se citó en Vinaccia y Margarita, 2012) la calidad de vida se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la calidad de vida son: estado funcional (realización de las actividades cotidianas relacionadas con la propia autonomía, independencia y competencia), funcionamiento psicológico (malestar o bienestar vinculados a la experiencia y vivencia del problema de salud), funcionamiento social (actividades sociales cotidianas y deseadas), y sintomatología asociada al problema de salud y su tratamiento (signos y síntomas de la enfermedad); por ende la evaluación subjetiva que realice el individuo se dará en relación a las influencias de cada una de las dimensiones mencionadas.

Por otro lado, Veenhoven en 1998 (como se citó en Vinaccia y Margarita, 2012) plantea la clasificación de la calidad de vida considerando: la habilidad como calidad del entorno, la aptitud o capacidad para la vida como calidad de acción y la plenitud como calidad de resultado. La calidad del entorno está relacionada con las condiciones externas necesarias para una buena vida; la calidad del resultado se centra y describe los productos de la vida como disfrute de esta. Estos dos significados de calidad de vida se refieren respectivamente a lo objetivo y lo subjetivo de esta. El tercer significado referido a la calidad de la acción, permite la integración de los significados anteriores con la capacidad que tienen las personas para enfrentarse a la vida.

La calidad de vida según Schwartzmann en 2003 (como se citó en Ariza et al., 2010) es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal a nivel: fisiológico (síntomatología general, discapacidad funcional, sueño, respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración), y social (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio, entre otras).

Moorthy, Peterson, Harrison, Onel & Lehman en 2007 (como se citó en Ariza et al., 2010) señalan que la percepción de calidad de vida, en pacientes con enfermedades crónicas y enfermedades reumáticas, en edades más tempranas puede vulnerar de manera significativa el desarrollo psico evolutivo, afectando la autoimagen y los procesos de socialización, de adaptación y más adelante la vida laboral y profesional.

Teorías de la calidad de vida

Teoría de Patrick y Erickson.

Patrick y Erickson en 1993 (como se citó en Padilla, 2005) refieren que la enfermedad o el daño físico pueden conducir a deterioros que a su vez pueden afectar a la función física, psicológica y social, y estos pueden luego afectar las percepciones de salud, calidad de vida y las oportunidades de salud.

La enfermedad y todas sus consecuencias afectan la duración de la vida. Factores ambientales tales como los recursos de la atención sanitaria, pueden afectar la duración de la vida, la enfermedad y las oportunidades de salud.

Teoría de Sprangers y Schwartz.

Sprangers y Schwartz en 1999 (como se citó en Vinaccia y Margarita, 2012) incorporan la noción de “cambio de respuesta” que desencadena un proceso de acomodación

en la calidad de vida, predicen que un deterioro del estado de salud conduciría a una disminución en la calidad de vida. Si ocurre una acomodación como un afrontamiento exitoso, entonces la calidad de vida mejorará. Sin embargo, si la acomodación conduce a un cambio de respuesta, la calidad de vida puede permanecer igual o empeorar.

Teoría del Grupo WHOQOL y la OMS.

La OMS en 1994 (como se citó en Casas et al., 2010) define a la calidad de vida como la autopercepción del bienestar físico, social y emocional, dentro del contexto cultural y de valores, y en relación con sus objetivos, expectativas e intereses. Por tanto, se deduce que la medición de la salud y los efectos del cuidado de la salud no deben incluir sólo una indicación de los cambios en la frecuencia y la gravedad de las enfermedades, sino también la estimación de un bienestar social y emocional.

Según el Grupo World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL) en 1995 (como se citó en Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012) la calidad de vida es el producto de una diversidad de agentes que actúan en la percepción que un individuo tiene, constituyéndose en un abordaje multidimensional, ya que se conjugan diversas valoraciones que hace el propio sujeto sobre las distintas aristas de su vida y de qué manera percibe el bienestar o malestar referente a ellas. Por tanto, la calidad de vida es definida como un estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades, todas estas medidas por los valores personales. Bajo este concepto, cambios en los valores, en las condiciones de vida o en la percepción, pueden provocar cambios en los otros, bajo un proceso dinámico.

La autopercepción de la calidad de vida se ve reflejada mediante los siguientes dominios:

- *Dominio físico.* Determinado por la funcionalidad; energía y fatiga; dolor y malestar; necesidad de tratamientos médicos; capacidad de trabajo; dormir y

descansar; actividades de la vida diaria; la dependencia de sustancias medicinales y ayudas médicas; movilidad y capacidad de trabajo.

- *Dominio psicológico.* Compuesto por la satisfacción de la vida y consigo mismo; capacidad de concentración; sentimientos positivos y negativos; imagen corporal y la apariencia; amor propio; y espiritualidad.
- *Dominio de relaciones sociales.* Determinado por la satisfacción con las relaciones personales; soporte y apoyo social; y la actividad sexual.
- *Dominio del ambiente.* Compuesto por el ambiente físico; seguridad; recursos financieros; acceso a los servicios de salud; participación en actividades de ocio y recreación; transporte e información.

Teniendo en cuenta las diferentes teorías expuestas sobre la calidad de vida, se asumirá el modelo teórico propuesto por el Grupo WHOQOL y la OMS como es citado en Casas et al. 2010, puesto que posee una visión completa del bienestar de la persona al medir su calidad de vida.

La depresión

Definiciones

Según Beck en 1976 (como se citó en Vara, 2006) define a la depresión como un trastorno emocional, manifestado en personas que tienen una visión negativa y errónea de las circunstancias, basándose en esquemas distorsionados de la realidad que permanecen latentes, hasta que una situación estresante lo active.

Beck en 1983 (como se citó en Hernández, 2010) considera la depresión como un trastorno que altera el estado de ánimo, haciendo que la persona genere respecto de sí, un sin número de pensamientos que ponen en riesgo su salud psíquica. Pues todo lo que el individuo genera como cogniciones repercute a nivel emocional, conductual y en la salud, induciendo a la persona a un estado en el que le es imposible resolver los problemas de la vida diaria.

La OMS en 2001 (como se citó en Beltrán, Freyre, y Hernández, 2012) señala a la depresión como la primera causa de pérdida de salud por discapacidad, y primer lugar de prevalencia entre los trastornos psiquiátricos graves en la atención primaria. El trastorno depresivo es más prevalente en adolescentes mujeres que en hombres, en proporción de dos a uno.

Según el MINISTERIO DE SALUD (junio, 2008) menciona que la depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales que persisten por tiempo habitualmente prolongado (a lo menos de 2 semanas). Con frecuencia tiende a manifestarse en el curso de la vida, con aparición de varios episodios, adquiriendo un curso recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos.

La depresión es una enfermedad grave, de varias semanas o meses de duración, y que afecta tanto al cuerpo como a la mente. Afecta la forma en que una persona come y duerme,

como uno se valora a sí mismo (autoestima) y a la forma en que uno piensa. (Arranz y San Molina, 2010).

Velásquez et al. (2000) refieren que mediante una terapia apropiada, puede mejorar la depresión contribuyendo a una mejoría global de la salud, puesto que si no se trata la depresión, puede conducir a una baja de la capacidad económica productiva, a una declinación funcional y a un aumento en la mortalidad. Además, la depresión constituye un factor agregado de mal pronóstico vital y funcional.

La OMS en 2001 (como se citó en Beltrán et al., 2012) define a la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas. La depresión se acompaña también de cambios en el sueño, apetito y psicomotricidad, disminución de la atención, concentración y capacidad para tomar decisiones, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad o inutilidad y culpa, así como de desesperanza, y pensamientos de muerte recurrentes con ideación o actos suicidas.

Causas de la depresión

Según Arranz y San Molina (2010) las causas de la depresión son los genes, la personalidad, familia, estrés, sucesos vitales estresantes, enfermedades físicas, y administración de algunos fármacos.

Genes.

La depresión tiende a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugiere la existencia de un factor genético que se puede heredar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una predisposición genética para la depresión van a padecerla. Puesto que, incluso si en la familia hay antecedentes de depresión, generalmente se necesita un suceso estresante para precipitarla.

Personalidad.

No hay una personalidad determinada que predisponga a la depresión, pero las personas obsesivas, rígidas, las que esconden sus sentimientos y las ansiosas pueden tener más riesgo. También, las personas con poca autoestima y que se abruman fácilmente por el estrés tienen más predisposición a tener una depresión.

Familia.

Algunos estudios han demostrado que la pérdida de la madre durante la infancia predispone a la depresión. Sin embargo, más que la pérdida, parece que son las consecuencias psicológicas, sociales y económicas de perder un progenitor lo que influye en la aparición de una depresión.

Estrés y sucesos vitales estresantes.

La depresión es más frecuente en los 6 meses posteriores a un suceso estresante, como la muerte del cónyuge o de un ser querido, el divorcio o separación, el matrimonio, la pérdida de empleo, el encarcelamiento o la jubilación.

Enfermedad física.

La aparición de una enfermedad física puede provocar sentimientos de baja autoestima y falta de confianza. En personas mayores, la enfermedad física es la principal causa de depresión.

Administración de algunos fármacos.

Algunos fármacos pueden producir depresión como: los antiepilépticos, anticonceptivos, antiparkinsonianos, digoxina, quimioterapicos, algunos analgésicos, diuréticos, y fármacos para la hipertensión arterial.

Niveles de Depresión.

Según Vara (2006) se plantea 3 niveles de gravedad de la depresión. La diferenciación entre los grados se basa en la valoración de la gravedad de los síntomas presentes. Los niveles de depresión son los siguientes: depresión leve, moderada y profunda o grave.

Depresión leve.

En este nivel de depresión el paciente generalmente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. Suele ser desencadenada por sucesos o situaciones vitales externas al individuo. En este tipo de depresión, la persona suele comunicar que se siente perdida, defraudada o desilusionada.

Depresión moderada.

En el aspecto físico se sienten fatigados, se mueven muy despacio y tienen dificultades para comer y dormir, así como modificaciones en su función sexual y en los ciclos menstruales. Desde el punto de vista emocional se sienten sin fuerzas, abatidos, desanimados y desgraciados. Los sentimientos de impotencia, baja autoestima e ineficacia refuerzan sus puntos de vista negativos. La desgracia nubla su capacidad de juicio y de decisión. En la depresión moderada, el aspecto intelectual se dedica a demostrar lo malo que es la realidad del individuo. La lenificación del pensamiento, el deterioro de la concentración y dificultad para tomar decisiones se añaden a este cuadro de incapacidad. El riesgo de suicidio que presentan los que padecen este trastorno, aumentan en paralelo a la intensidad de la depresión.

Depresión profunda o grave.

Aquí el pensamiento del paciente está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil la forma de concentrarse en estímulos mentales voluntarios. La apariencia física decae. La mala concentración y la

capacidad para realizar los quehaceres, desencadenan sentimientos de importancia y desesperanza.

Teorías de la depresión

Teoría Psicoanalista.

La perspectiva de Freud en 1922 (como se citó en Yayko, 2006) sobre la depresión estaba asociada a dolores no resueltos por pérdidas durante la niñez, como el rechazo por parte de los padres o la muerte de uno de ellos. La dependencia de un niño a sus padres es real y puede conducirlo al temor de ser abandonado. Su necesidad dificulta expresar su coraje hacia ellos cuando tiene una sensación de abandono, y vuelca su agresión hacia sí mismo. Ellos explican el típico desprecio hacia uno mismo como la depresión.

Teorías Conductuales.

Según Yayko (2006) las personas deprimidas pueden conseguir bastante atención extra, así como favores especiales de los demás que sienten simpatía por él. De hecho, tal respuesta a su conducta puede reforzar su depresión. De igual manera, si el plan para hacer algo nuevo falla, la persona puede evitar buscar actividades agradables que podrían reforzar su sentimiento de bienestar.

El modelo de Nezu.

Nezu, Nezu y Perri en 1989 (como se citó en Vázquez et al., 2000) desarrollaron una formulación de la depresión donde la cuestión central para el comienzo y el mantenimiento de la depresión en un individuo son los déficit o la ineficacia de sus habilidades de solución de problemas. Nezu apuntó que había varios trabajos en los que se demostraba una asociación entre tener déficits en la solución de problemas y la sintomatología depresiva, tanto en los niños como en los adultos.

Nezu y Ronan en 1985 (como se citó en Vázquez et al., 2000) sugirieron que las habilidades de solución de problemas podían moderar la relación entre el estrés y la depresión. Hipotetizaron que la capacidad eficaz de solucionar los problemas podía actuar como un amortiguador de los efectos de las experiencias de vida negativas. Por otra parte, Nezu también indicó que la habilidad en la solución de problemas podía moderar la asociación entre un estilo atribucional negativo y la depresión.

De acuerdo con la formulación de Nezu en 1987 (como se citó en Vázquez et al., 2000) los pacientes que tengan un déficit en habilidades de solución de problemas tendrán un mayor riesgo para desarrollar un episodio depresivo. De modo más específico, Nezu señaló que la depresión podría ser el resultado de carencias en alguno de los cinco componentes de la estrategia de solución de problemas: 1) orientación hacia el problema; 2) definición y formulación del problema; 3) generación de soluciones alternativas; 4) toma de decisiones; y 5) puesta en práctica de la solución y verificación. Para este autor la depresión ocurre cuando el individuo tiene que hacer frente a una situación difícil. Si no se resuelve esta situación problemática, es probable que se produzcan consecuencias negativas, lo cual se traduce a su vez en una disminución en el refuerzo de la conducta del sujeto.

Teorías cognitivas.

Teoría cognitiva de Beck.

Según Beck et al. en 1979 (como se citó en Vázquez et al., 2000) la depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto.

Los indicadores de la sintomatología depresiva según Beck en 1983 (como se citó en Hernández, 2010) son: tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, expectativa de castigo, auto desagrado, auto acusaciones, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, separación social, indecisión, cambio de la imagen corporal, retardo laboral, insomnio,

fatigabilidad, anorexia o bulimia, pérdida de peso, preocupación psicósomática, pérdida de libido.

A continuación se explicará cada uno de los indicadores de la depresión según Beck:

- *Tristeza.* La tristeza constituye el síntoma nuclear de la depresión, factor negativo en la dinámica existencial, que paraliza o inhibe el desarrollo de las energías y cualidades madurativas del ser humano.
- *Sensación de fracaso.* La persona depresiva exagera sus dificultades interpersonales lo que le lleva a subestimar su capacidad para hacer frente a distintas situaciones.
- *Separación social.* El excesivo criticismo, el rechazo social y aislamiento, las pérdidas de figuras parentales entre otros, dentro de la etapa de niñez o adolescencia, pueden emerger en la persona ante situaciones parecidas y conducirlo a la depresión, repercutiendo en sus relaciones interpersonales.
- *Culpa.* Este sentimiento de culpa se debe frecuentemente porque se auto-recrimina; de forma poco realista se hace responsable de la conducta de otras personas. Algunos pacientes creen que el sentimiento de culpa les impide llevar a cabo conductas antisociales y contraproducentes, lo que muchas veces añaden una carga innecesaria.
- *Expectativa de castigo.* Su visión negativa del mundo conlleva a la persona a aceptar castigos en respuesta a sus conductas.
- *Auto desagrado.* La persona carece de un sentimiento de control y competencia. La falta de propósito le quita el significado y el sentido de la vida.

- *Auto acusaciones.* La persona se auto inculpa debido a sus percepciones distorsionadas, las que lo obligan a responsabilizarse de todos los males que ocurren y pueda ocurrir.
- *Ideas suicidas.* Las ideas o pensamientos de quitarse la vida, es un problema prevalente y potencialmente letal en pacientes depresivos.
- *Llanto.* Cuando una persona llora es posible que sienta lastima de sí misma. De este modo sus cogniciones referentes pasan de ser actitudes de rechazo o menosprecio a ser actitudes de compasión o lastima.
- *Irritabilidad.* La persona depresiva, cuando tiene que enfrentar alguna experiencia adversa, ve afectada su autoestima y podría responder de manera agresiva.
- *Retardo laboral.* Las consecuencias psicológicas de la depresión pueden disminuir considerablemente su capacidad para el trabajo; se siente incapaz, no solo para interactuar con los demás, sino dudar de sus propias capacidades, debido a la pobre percepción de sí misma.
- *Sueño.* Es uno de los síntomas más acusados de la depresión. La mayoría de las personas depresivas presentan algún tipo de alteración del sueño. Entre los problemas se incluye la dificultad para conciliar el sueño, las interrupciones frecuentes del mismo y despertar demasiado temprano por la mañana. Por regla general recuperan su patrón de sueño habitual cuando desaparece la depresión.
- *Fatigabilidad.* La persona se siente sin energía para actuar, lo cual afecta su vida personal, laboral, social y sexual.

- *Pérdida de peso.* Algunas personas optan por dejar de comer y otras por comer en exceso.
- *Pérdida de la libido.* Es uno de los primeros síntomas de la depresión y se expresa una manifestación de pérdida de placer generalizada, lo cual no suele preocupar demasiado.

Beck en 1976 (como se citó en Yayko, 2006) afirma que los pensamientos de personas deprimidas, casi invariablemente, son erróneos o “distorsiones cognitivas” en áreas específicas. Cuando el paciente aprende a identificar y a corregir sus distorsiones, la mejoría casi siempre sucede con rapidez y es duradera.

El modelo cognitivo se basa en tres conceptos específicos, para explicar el sustrato psicológico de la depresión: la triada cognitiva, organización del pensamiento depresivo y errores en el procesamiento de la información.

Triada cognitiva.

Según Beck en 1976 (como se citó en Vara, 2006) la triada cognitiva consiste en tres patrones principales:

- *Consideración negativa de sí mismo.* El primer componente de la triada se centra en la visión negativa del paciente en relación a sí mismo. El paciente se siente desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía, atribuye sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico.
- *Consideraciones negativas del entorno.* El segundo componente se relaciona con la tendencia a interpretar sus experiencias de manera negativa, siente que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno.

- *Consideraciones negativas del futuro.* El tercer componente tiene que ver con la visión negativa del futuro, cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades actuales continuarán indefinidamente, espera penas, frustraciones y privaciones interminables.

Organización estructural del pensamiento depresivo.

Según Beck en 1976 (como se citó en Vara, 2006) a través de este concepto se busca explicar por qué el paciente depresivo mantiene actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso contra la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida.

En los cuadros leves, generalmente el paciente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con cierta objetividad, a medida que la enfermedad se agrava, su pensamiento es cada vez más dominado por ideas negativas, aun pudiendo no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas.

En los estados depresivos más avanzados, el pensamiento del paciente llega a estar completamente dominado por los esquemas idiosincrásicos, encontrándose completamente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes, encontrando extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos, por ejemplo leer, responder preguntas o comprender actividades mentales voluntarias, solución de problemas y recuerdos. En estos casos se infiere que la organización cognitiva del depresivo, puede llegar a estar completamente independiente de la estimulación externa, que el individuo no responda los cambios que se producen en su entorno inmediato.

Errores en el procesamiento de la información.

En el paciente depresivo se dan errores sistemáticos relacionados con la creencia en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la evidencia contraria, se considera:

- *Inferencia Arbitraria (relativo a la respuesta)*. Se refiere al proceso de adelantar una conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- *Abstracción selectiva (relativo al estímulo)*. Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.
- *Generalización excesiva (relativo a la respuesta)*. Se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
- *Maximización o minimización (relativo a la respuesta)*. Quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento, error de tal calibre que constituye una distorsión.
- *Personalización (relativo a la respuesta)*. Se refiere a la tendencia y facilidad del paciente a atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
- *Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta)*. Se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias, según una o dos categorías opuestas, impecables o sucias, santo o pecador, para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

Teniendo en cuenta las diferentes teorías expuestas sobre la depresión, se asumirá el modelo teórico propuesto por Beck en 1983 como es citado en Hernández (2010) puesto que considera que todo lo que el individuo genera como cogniciones repercute a nivel emocional, conductual y en la salud.

Marco conceptual

Calidad de vida.

Según la OMS en 1994 (como se citó en Casas et al., 2010) la calidad de vida es la autopercepción del bienestar físico, social y emocional, dentro del contexto cultural y de valores, y en relación con sus objetivos, expectativas e intereses.

La autopercepción de la calidad de vida se ve reflejada mediante los siguientes dominios:

- *Dominio físico.* Determinado por la funcionalidad; energía y fatiga; dolor y malestar; necesidad de tratamientos médicos; capacidad de trabajo; dormir y descansar; actividades de la vida diaria; la dependencia de sustancias medicinales y ayudas médicas; movilidad y capacidad de trabajo.
- *Dominio psicológico.* Compuesto por la satisfacción de la vida y consigo mismo; capacidad de concentración; sentimientos positivos y negativos; imagen corporal y la apariencia; amor propio; y espiritualidad.
- *Dominio de relaciones sociales.* Determinado por la satisfacción con las relaciones personales; soporte y apoyo social; y actividad sexual.
- *Dominio del ambiente.* Compuesto por el ambiente físico; seguridad; recursos financieros; acceso a los servicios de salud; participación en actividades de ocio y recreación; transporte e información.

Depresión.

Beck en 1983 (como se citó en Hernández, 2010) considera la depresión como un trastorno que altera el estado de ánimo, haciendo que la persona genere respecto de sí, un sin número de pensamientos que ponen en riesgo su salud psíquica. Pues todo lo que el individuo

genera como cogniciones repercute a nivel emocional, conductual y en la salud, induciendo a la persona a un estado en el que le es imposible resolver los problemas de la vida diaria.

A continuación se explicará cada uno de los indicadores de la depresión según Beck:

- *Tristeza.* La tristeza constituye el síntoma nuclear de la depresión, factor negativo en la dinámica existencial, que paraliza o inhibe el desarrollo de las energías y cualidades madurativas del ser humano.
- *Sensación de fracaso.* La persona depresiva exagera sus dificultades interpersonales lo que le lleva a subestimar su capacidad para hacer frente a distintas situaciones.
- *Separación social.* El excesivo criticismo, el rechazo social y aislamiento, las pérdidas de figuras parentales entre otros, dentro de la etapa de niñez o adolescencia, pueden emerger en la persona ante situaciones parecidas y conducirlo a la depresión, repercutiendo en sus relaciones interpersonales.
- *Culpa.* Este sentimiento de culpa se debe frecuentemente porque se auto-recrimina; de forma poco realista se hace responsable de la conducta de otras personas. Algunos pacientes creen que el sentimiento de culpa les impide llevar a cabo conductas antisociales y contraproducentes, lo que muchas veces añaden una carga innecesaria.
- *Expectativa de castigo.* Su visión negativa del mundo conlleva a la persona a aceptar castigos en respuesta a sus conductas.
- *Auto desagrado.* La persona carece de un sentimiento de control y competencia. La falta de propósito le quita el significado y el sentido de la vida.

- *Auto acusaciones.* La persona se auto inculpa debido a sus percepciones distorsionadas, las que lo obligan a responsabilizarse de todos los males que ocurren y pueda ocurrir.
- *Ideas suicidas.* Las ideas o pensamientos de quitarse la vida, es un problema prevalente y potencialmente letal en pacientes depresivos.
- *Llanto.* Cuando una persona llora es posible que sienta lastima de sí misma. De este modo sus cogniciones referentes pasan de ser actitudes de rechazo o menosprecio a ser actitudes de compasión o lastima.
- *Irritabilidad.* La persona depresiva, cuando tiene que enfrentar alguna experiencia adversa, ve afectada su autoestima y podría responder de manera agresiva.
- *Retardo laboral.* Las consecuencias psicológicas de la depresión pueden disminuir considerablemente su capacidad para el trabajo; se siente incapaz, no solo para interactuar con los demás, sino dudar de sus propias capacidades, debido a la pobre percepción de sí misma.
- *Sueño.* Es uno de los síntomas más acusados de la depresión. La mayoría de las personas depresivas presentan algún tipo de alteración del sueño. Entre los problemas se incluye la dificultad para conciliar el sueño, las interrupciones frecuentes del mismo y despertar demasiado temprano por la mañana. Por regla general recuperan su patrón de sueño habitual cuando desaparece la depresión.
- *Fatigabilidad.* La persona se siente sin energía para actuar, lo cual afecta su vida personal, laboral, social y sexual.

- *Pérdida de peso.* Algunas personas optan por dejar de comer y otras por comer en exceso.
- *Pérdida de la libido.* Es uno de los primeros síntomas de la depresión y se expresa una manifestación de pérdida de placer generalizada, lo cual no suele preocupar demasiado.

Definición operacional

Definición operacional de calidad de vida medido por el Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF), adaptado por Castillo (2012).

Variables	Dimensiones	Indicadores	Niveles/Categorías
Calidad de vida	Físico	3,4,10,15,16, 17,18	Bajo (21 – 40)
	Psicológico	5,6,7,11,19,26	Normal (41-60)
Autopercepción del bienestar en el ámbito físico, psicológico, en las relaciones sociales y el ambiente.	Relaciones sociales	20,21,22	Alto (61 – 80)
	Ambiente	8, 9, 12, 13,14, 23, 24,25.	Muy alto (81– 100)

Definición operacional de depresión medido por el Inventario de Depresión de Beck, adaptado por Castillo (2012).

Variable	Dimensiones	Indicadores	Niveles/Categorías
Depresión Trastorno que altera el estado de ánimo, haciendo que la persona genere respecto de sí, un sin número de pensamientos que ponen en riesgo su salud psíquica. Con síntomas manifestados por tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, expectativa de castigo, auto desagrado, autoacusaciones, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, separación social, indecisión, cambio de la imagen corporal, retardo laboral, insomnio, fatigabilidad, anorexia o bulimia, pérdida de peso, preocupación psicossomática y pérdida de libido. Beck en 1983 (como se citó en Hernández, 2010).	Tristeza	01	No depresión (0 – 9)
	Pesimismo	02	
	Sensación de fracaso	03	
	Insatisfacción	04	
	Culpa	05	
	Expectativa de castigo	06	
	Auto desagrado	07	
	Auto acusaciones	08	
	Ideas suicidas	09	
	Llanto	10	
	Irritabilidad	11	
	Separación social	12	Depresión Moderada (19 – 29)
	Indecisión	13	
	Cambio de la imagen corporal	14	
	Retardo laboral	15	Depresión Grave (≥30)
	Insomnio	16	
	Fatigabilidad	17	
	Anorexia o bulimia	18	
	Pérdida de peso	19	
	Preocupación psicossomática	20	
	Pérdida de libido	21	

Hipótesis

Existe relación entre la calidad de vida y depresión en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario, Chiclayo 2012.

Método

Tipo de estudio

La investigación es de nivel aplicado debido a que parte de una base teórica hacia la práctica, buscando la aplicación de dichos conocimientos sobre una realidad circunstancial. Además, corresponde al tipo no experimental puesto que se realiza sin manipulación deliberada de las variables, es decir, se trata de estudios donde no se varía en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables, también, trata de observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos (Hernández, Fernández, y Baptista, 2010).

Diseño de investigación

Esta investigación corresponde al diseño descriptivo-correlacional. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre conceptos o las variables a las que se refieren. Mientras que, los estudios correlacionales pretenden conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular (Hernández et al., 2010).

Población

La población estuvo inicialmente conformada por 114 pacientes los cuales fueron sometidos a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, quedando finalmente constituida por 100 pacientes, todos ellos con artritis reumatoide en etapa temprana de un centro hospitalario de Chiclayo en el período Setiembre – Noviembre 2012.

Criterios de selección

Inclusión

Pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario de Chiclayo en el período Setiembre – Noviembre 2012.

Pacientes en etapa temprana de la enfermedad.

Pacientes con artritis reumatoide entre 18 y 55 años de edad.

Exclusión

Pacientes con artritis reumatoide adolescentes y mayores de 55 años.

Pacientes en etapas avanzadas de la enfermedad.

Eliminación

Cuestionarios incompletos serán invalidados.

Procedimiento

Para ejecutar la investigación se hizo uso primero de la entrevista a cada sujeto, en el área de reumatología o psicología, para confirmar que cumplieran con todos los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, luego fueron citados para contestar los cuestionarios.

Durante la evaluación se procedió a leerle la hoja informativa del consentimiento informado, “en estos momentos se le leerá el consentimiento donde explica los objetivos y fines de la investigación así como el proceso de la misma, además, tendrá que contestar el mismo con sus datos personales”, posteriormente cada paciente realizaba una propia lectura del documento antes mencionado; una vez comprendido los fines de la investigación y estando de acuerdo con su participación, procedían a contestar el consentimiento con sus datos personales los cuales son confidenciales.

A continuación, se le muestra el Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF y se les indica “Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su

salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste todas las preguntas. Si no está seguro(a) de que respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. En este cuestionario encontrará 26 preguntas, cada una con 5 alternativas; usted deberá marcar con un aspa la respuesta que considera apropiada a su situación actual”.

Finalmente, después de contestar el primer cuestionario, se procede al segundo instrumento que es el Inventario de Depresión de Beck indicándole, “en este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una de estas y señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar su elección”.

Los participantes tenían la opción de leer ellos mismos las preguntas y responderlas, mientras otras, deseaban que el investigador lea cada ítem, e ir dando respuesta; haciendo preguntas en ambos casos.

Terminado la resolución de los cuestionarios se procedía a revisar que todos los ítems estén debidamente contestados. A los participantes se les agradecía por su participación y se les decía que si ansiaban saber los resultados, sería al final de la investigación.

Instrumentos.

Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF) (Apéndice B).

El WHOQOL-BREF consta de 26 preguntas, dos cuestiones generales y los 24 restantes representan a cada una de las 24 facetas que componen el instrumento original. Por lo tanto, a diferencia de WHOQOL-100 en cada una de las 24 facetas se evalúa a partir de 4 temas, en WHOQOL-BREF es evaluado por un solo punto. Los datos que resultaron en la versión abreviada fueron tomados de la prueba de campo de 20 centros en 18 países de todo

el mundo. Así, cada una de las 24 facetas que componen el instrumento original (WHOQOL-100) debe ser representado por un punto. En el ámbito psicométrico fue seleccionada entonces la pregunta que más se correlaciona altamente con la puntuación total, calculada por el promedio de todas las facetas. Después de este paso, los elementos seleccionados fueron examinados por un panel de expertos para determinar si cada dominio representado conceptualmente en las facetas se formó. De los 24 artículos seleccionados, seis fueron reemplazados por las preguntas que mejor definen la faceta correspondiente. Tres elementos del dominio de medio ambiente fueron reemplazados porque están altamente correlacionadas con el dominio psicológico. Los otros tres fueron reemplazados por otros elementos que explican mejor el lado en cuestión quedando en cuatro áreas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente.

Es así que el WHOQOL-BREF consta de cuatro ámbitos: físicos, psicológicos, relaciones sociales y medio ambiente. El WHOQOL-100 y el WHOQOL-BREF es una propiedad de la OMS y Alison Harper en nombre del Grupo WHOQOL en 1998.

La autopercepción de la calidad de vida se ve reflejada mediante los siguientes dominios:

- *Dominio físico.* Determinado por la funcionalidad; energía y fatiga; dolor y malestar; necesidad de tratamientos médicos; capacidad de trabajo; dormir y descansar; actividades de la vida diaria; la dependencia de sustancias medicinales y ayudas médicas; movilidad y capacidad de trabajo.
- *Dominio psicológico.* Compuesto por la satisfacción de la vida y consigo mismo; capacidad de concentración; sentimientos positivos y negativos; imagen corporal y la apariencia; amor propio; y espiritualidad.
- *Dominio de relaciones sociales.* Determinado por la satisfacción con las relaciones personales; soporte y apoyo social; y actividad sexual.

- *Dominio del ambiente.* Compuesto por el ambiente físico; seguridad; recursos financieros; acceso a los servicios de salud; participación en actividades de ocio y recreación; transporte e información.

La realización de los baremos en pacientes con artritis reumatoide, realizados por el investigador, arrojaron categorías de: Bajo (21 – 40), Normal (41 – 60), Alto (61 – 80) y Muy alto (81 – 100). Asimismo, el instrumento posee una confiabilidad, en la población de estudio, con un Alpha de Cronbach de 0,96 y división por mitades de 0,94 - 0,97. La validez fue realizada por el método de contrastación de grupos obteniendo un puntaje superior a 0.05.

Inventario de Depresión de Beck (Apéndice D).

El inventario de Depresión de Beck consta de una escala de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases auto evaluativas que el entrevistador leía al paciente para que éste seleccionase la que mejor se adaptase a su situación.

Se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma, que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa a la evaluación.

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos.

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3. El rango de la

puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico.

Los indicadores de la sintomatología depresiva según Beck son: tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, expectativa de castigo, auto desagrado, auto acusaciones, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, separación social, indecisión, cambio de la imagen corporal, retardo laboral, insomnio, fatigabilidad, anorexia o bulimia, pérdida de peso, preocupación psicosomática, pérdida de libido.

A continuación se explicará cada uno de los indicadores de la depresión según Beck:

- *Tristeza.* La tristeza constituye el síntoma nuclear de la depresión, factor negativo en la dinámica existencial, que paraliza o inhibe el desarrollo de las energías y cualidades madurativas del ser humano.
- *Sensación de fracaso.* La persona depresiva exagera sus dificultades interpersonales lo que le lleva a subestimar su capacidad para hacer frente a distintas situaciones.
- *Separación social.* El excesivo criticismo, el rechazo social y aislamiento, las pérdidas de figuras parentales entre otros, dentro de la etapa de niñez o adolescencia, pueden emerger en la persona ante situaciones parecidas y conducirlo a la depresión, repercutiendo en sus relaciones interpersonales.
- *Culpa.* Este sentimiento de culpa se debe frecuentemente porque se auto-recrimina; de forma poco realista se hace responsable de la conducta de otras personas. Algunos pacientes creen que el sentimiento de culpa les impide llevar a cabo conductas antisociales y contraproducentes, lo que muchas veces añaden una carga innecesaria.

- *Expectativa de castigo.* Su visión negativa del mundo conlleva a la persona a aceptar castigos en respuesta a sus conductas.
- *Auto desagrado.* La persona carece de un sentimiento de control y competencia. La falta de propósito le quita el significado y el sentido de la vida.
- *Auto acusaciones.* La persona se auto inculpa debido a sus percepciones distorsionadas, las que lo obligan a responsabilizarse de todos los males que ocurren y pueda ocurrir.
- *Ideas suicidas.* Las ideas o pensamientos de quitarse la vida, es un problema prevalente y potencialmente letal en pacientes depresivos.
- *Llanto.* Cuando una persona llora es posible que se sienta lastima de sí misma. De este modo sus cogniciones referentes pasan de ser actitudes de rechazo o menosprecio a ser actitudes de compasión o lastima.
- *Irritabilidad.* La persona depresiva, cuando tiene que enfrentar alguna experiencia adversa, ve afectada su autoestima y podría responder de manera agresiva.
- *Retardo laboral.* Las consecuencias psicológicas de la depresión pueden disminuir considerablemente su capacidad para el trabajo; se siente incapaz, no solo para interactuar con los demás, sino dudar de sus propias capacidades, debido a la pobre percepción de sí misma.
- *Sueño.* Es uno de los síntomas más acusados de la depresión. La mayoría de las personas depresivas presentan algún tipo de alteración del sueño. Entre los problemas se incluye la dificultad para conciliar el sueño, las interrupciones frecuentes del mismo y despertar demasiado temprano por la mañana. Por

regla general recuperan su patrón de sueño habitual cuando desaparece la depresión.

- *Fatigabilidad.* La persona se siente sin energía para actuar, lo cual afecta su vida personal, laboral, social y sexual.
- *Pérdida de peso.* Algunas personas optan por dejar de comer y otras por comer en exceso.
- *Pérdida de la libido.* Es uno de los primeros síntomas de la depresión y se expresa una manifestación de pérdida de placer generalizada, lo cual no suele preocupar demasiado.

La realización de los baremos en pacientes con artritis reumatoide, realizados por el investigador, arrojaron categorías de: no depresión (0 – 9), D. Leve (10 – 18), depresión moderada (19 – 29) y depresión grave (≥ 30). Asimismo, el instrumento posee una confiabilidad, en la población de estudio, con un Alpha de Cronbach de 0,95 y división por mitades de 0,92 - 0,96. La validez fue realizada por el método de contrastación de grupos obteniendo un puntaje superior a 0.05.

Aspectos éticos

La presente investigación se realizó basándose en los principios fundamentales de la Bioética como: el principio de beneficencia el cual persigue maximizar los beneficios y minimizar los daños, por tanto los participantes en la investigación tuvieron conocimiento de los riesgos y los beneficios que lograrían con su participación.

El principio de autonomía, se basa en que el participante tiene la libertad de elegir, aplicando su propio razonamiento y una vez analizados los aspectos negativos y positivos, determinar contribuir o no dentro de la investigación.

Asimismo, la investigación se fundamenta en los tres aspectos bioéticos como son: anonimato, confidencialidad y voluntariedad. El primero, se proporciona gracias a que sus

respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación que garantizará el anonimato. El segundo, que los resultados no se usarán para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación y además, se salvaguardará la información de cada individuo. El tercero, que la participación en el estudio es estrictamente voluntaria, es decir, que se debe de respetar la libertad del individuo para declinar su participación, o para retirarse en cualquier momento de la investigación.

La dignidad y el respeto de los derechos humanos se garantizan, en parte, mediante el consentimiento informado detallando los objetivos y fines de la investigación, así como, el método y los aspectos bioéticos. Esta misma, es información importante que cada participante debe de conocer, siendo contestado con sus datos personales y firma, que aseveren su participación antes de empezar a responder los cuestionarios de la investigación (Apéndice A).

Procesamiento y análisis de datos.

Se emplearon los programas de análisis estadístico SPSS versión 19 y Excel 2010 para el procesamiento de datos. Asimismo, se realizó la validez, confiabilidad y baremación de los cuestionarios utilizados en la investigación con pacientes con artritis reumatoide.

Por otra parte, se hizo uso del análisis estadístico no paramétrico, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson de tal modo que los individuos puedan ordenarse por rangos o jerarquías, según las variables que se estudiaron.

Resultados

En base al análisis estadístico realizado, los resultados de la presente investigación se presentan mediante tablas y gráficos.

En la tabla 01 se puede observar que existe relación de -0.544, con un nivel de significancia de $p < 0.001$ entre las variables de estudio.

Tabla 01.

Correlación entre calidad de vida y depresión en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario, Chiclayo 2012.

	Depresión	Calidad de vida
Depresión	1	-0,54395931**
Calidad de vida	-0,54395931**	1

**Correlación significativa al $p < 0.001$.

En la Figura 01 se puede observar que existe relación entre calidad de vida y depresión, es decir, que existe alta calidad de vida con una ausencia de síntomas depresivos en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario, Chiclayo 2012.

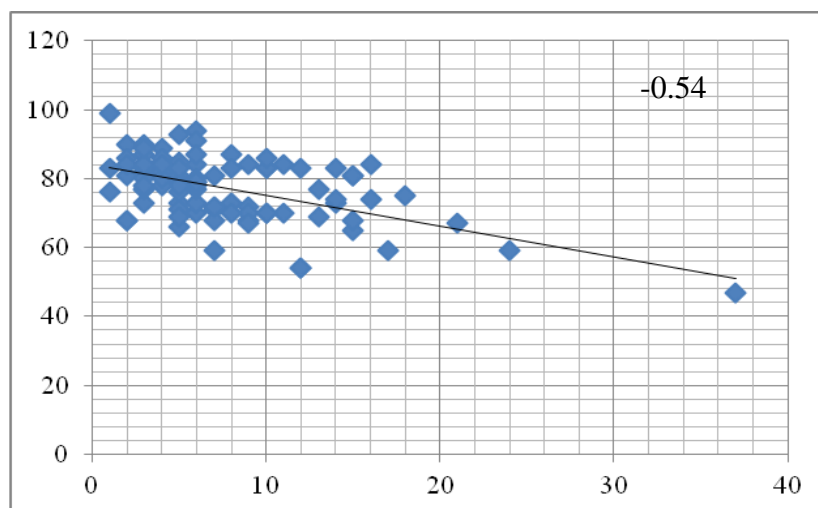


Figura 01.

Correlación entre calidad de vida y depresión en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario, Chiclayo 2012.

En la figura 02 se identifican los niveles de calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario, observándose que el 45% obtuvo muy alta calidad de vida, el 49% alta y el 6% una calidad de vida media.

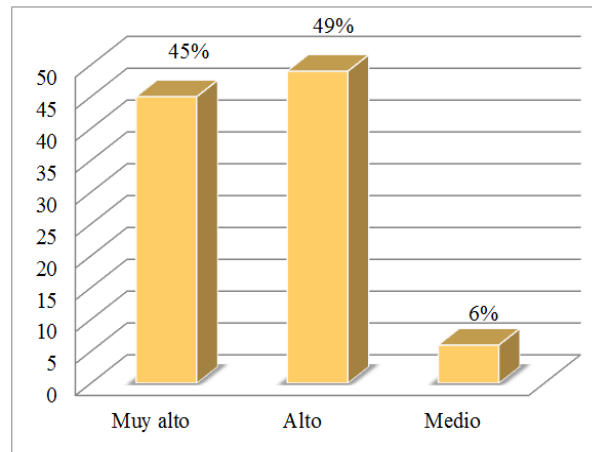


Figura 02.
Niveles de calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario, Chiclayo 2012.

En la Figura 03 se identifican los niveles de calidad de vida según el sexo, observándose que el 34% de mujeres y el 11% de varones obtuvieron muy alta calidad de vida mientras que el 5% de mujeres y el 1% de varones tuvieron una calidad de vida media.

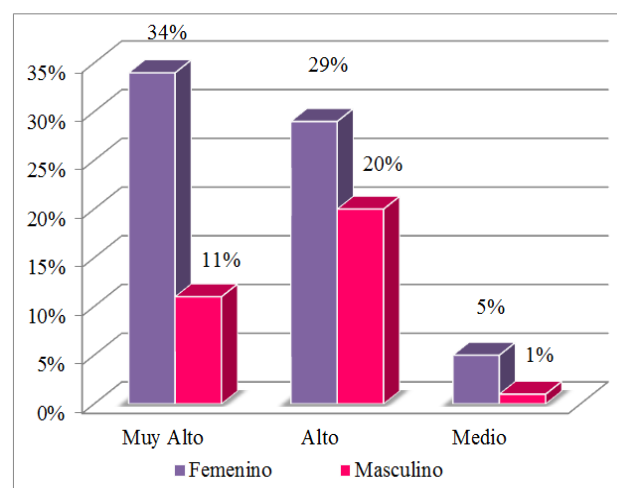


Figura 03.
Niveles de calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide, según sexo, de un centro hospitalario, Chiclayo 2012.

En la Figura 04 se identifican los niveles de calidad de vida según la edad, observándose que el 18% de pacientes entre los 20-28 años y el 9% entre los 47-55 años obtuvieron una alta calidad de vida además, el 14% entre los 29-37 años y el 13% entre los 38-46 años tuvieron muy alta calidad de vida.

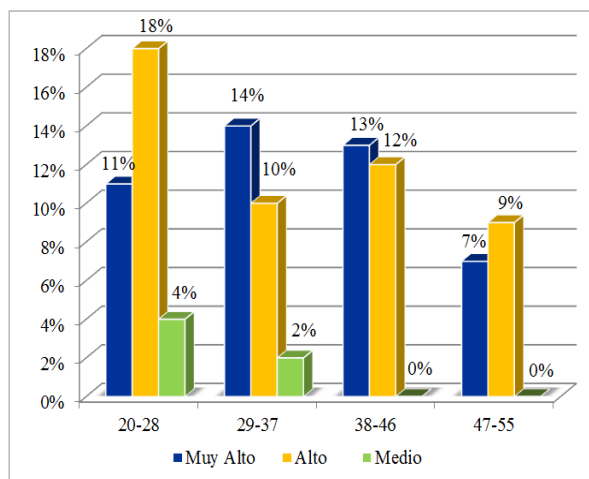


Figura 04.
Niveles de calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide, según edad, de un centro hospitalario, Chiclayo 2012.

En la Figura 05 se identifican los niveles de depresión en los pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario, observándose que el 74% no presentan depresión mientras que, el 23% muestran depresión leve.

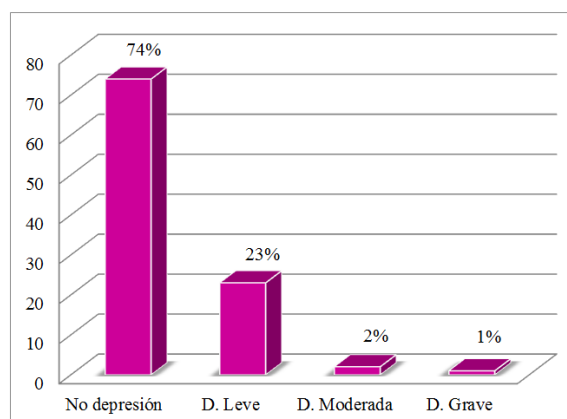


Figura 05.
Niveles de depresión en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario, Chiclayo 2012.

En la Figura 06 se identifican los niveles de depresión según el sexo, observándose que el 50% de mujeres y el 24% de varones no presentan depresión mientras que, el 17% de mujeres y el 6% de varones muestran depresión leve.

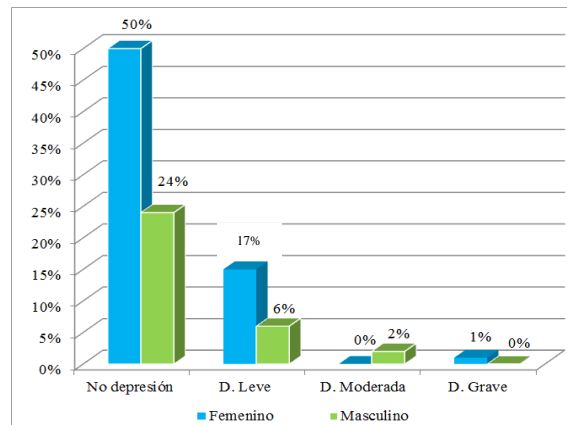


Figura 06.

Niveles de depresión en pacientes con artritis reumatoide, según sexo, de un centro hospitalario, Chiclayo 2012.

En la Figura 07 se identifican los niveles de depresión en la población de estudio según la edad, observándose que en todos los intervalos de edades priman los porcentajes de No depresión: con 24% entre los 20-28 años, 16% y 19% entre las edades de 29-37 años y 38-46 respectivamente y con 15% a pacientes entre los 47-55 años.

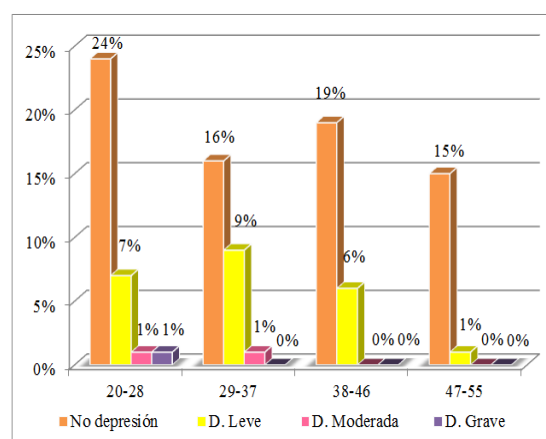


Figura 07.

Porcentaje de los niveles de depresión en pacientes con artritis reumatoide, según edad, de un centro hospitalario, Chiclayo 2012.

Discusión

En la presente investigación se encontró que existe relación entre la calidad de vida y la depresión en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario de Chiclayo 2012. En efecto, los pacientes con artritis reumatoide en etapa temprana tuvieron mejor calidad de vida llegándose a presumir que asimilaban mucho mejor la enfermedad, teniendo buenas relaciones con su entorno, apoyo social, recibiendo tratamiento oportuno, continuando con su vida laboral y mostrando sentimientos positivos consigo mismos. Asimismo, se encontró que la mayoría de pacientes no presentaba sintomatología depresiva, a diferencia de un pequeño porcentaje si lo manifestó, observándose en gran número de pacientes estados emocionales positivos, buena capacidad para la resolución de problemas, cogniciones y comportamientos favorables y amor propio. Mostrándonos que la calidad de vida y la depresión tienen relación, dado que a mayor calidad de vida de los pacientes, éstos presentarán menor sintomatología depresiva. General

Si bien, situaciones estresantes como una enfermedad puede conllevar a estados depresivos y baja calidad de vida, según Sprangers y Schwartz en 1999 (como se citó en Vinaccia y Margarita, 2012) si el paciente desencadena un proceso de acomodación como un afrontamiento exitoso, entonces la calidad de vida mejorará. Además, según Newhall-Perry en 2000 (como se citó en CENETEC, 2010) si el paciente tiene un diagnóstico acertado y una terapia oportuna pueden mejorar la calidad de vida y la pronta reincorporación a la vida productiva y social.

Arroyo y Barreto (2010) realizaron un estudio a pacientes con artritis reumatoide de un hospital de Venezuela, donde se encontró que predominó una buena calidad de vida según los dos cuestionarios utilizados. Los autores concluyeron que la percepción de los pacientes de su calidad de vida es muy buena a pesar de los problemas físicos y dolor corporal que estaban experimentando. Estos resultados corroboran la presente investigación dado que en ambos

estudios existe una buena calidad de vida, esclareciendo que en esta investigación se trabajó con pacientes en la primera etapa de la enfermedad.

Sin embargo, en el estudio realizado por Fernández et al. (2008) a pacientes españoles con artritis reumatoide se encontró niveles bajos de calidad de vida, determinada por el dolor y síntomas depresivos. Éstos resultados difieren con lo expuesto ya que existe baja calidad de vida, considerando que el nivel socioeconómico e idiosincrasia son diferentes.

En cuanto a los resultados de la presente investigación, estos arrojaron niveles de muy alta y alta calidad de vida, siendo un buen indicador de cómo el paciente está afrontando la enfermedad. Es así, que según Patrick y Erickson en 1988 (como se citó en Vinaccia y Margarita, 2012) mencionan que a pesar de que alguna enfermedad pueda deteriorar la calidad de vida de los pacientes, estos según Shumaker y Naughton en 1995 (como se citó en Vinaccia y Margarita, 2012) pueden llegar a obtener buenos resultados de la calidad de vida gracias a los cuidados sanitarios y al apoyo social.

Así también, los resultados muestran que en la etapa temprana de la enfermedad, la calidad de vida de mujeres y varones es muy alta en la mayoría de los pacientes. Estos resultados según Cadena et al. (2002) pueden ser influenciados positivamente por sus relaciones sociales y familiares ya que el soporte social y una buena red de apoyo, son factores protectores para evitar el decremento en la calidad de vida.

En cuanto a los demás resultados, se encuentra que los pacientes que obtuvieron alta calidad de vida son los más jóvenes entre los 20-28 años de edad. A pesar que según Moorthy et al. en 2007 (como se citó en Ariza et al., 2010) en las personas más jóvenes puede afectar su autoimagen y los procesos de socialización y más adelante la vida laboral.

En relación a la variable depresión, los resultados obtenidos muestran ausencia de sintomatología depresiva en los pacientes con artritis reumatoide en etapa temprana de la enfermedad. Dato que se asemeja al estudio realizado por Mosquera y Salazar (2008) a

pacientes que acudieron a un hospital de Venezuela en el 2007, encontrándose que la mayoría de pacientes presenta ausencia de depresión. Según Beck en 1976 (como se citó en Vara, 2006) los pacientes que no presentan depresión es porque miran con objetividad las situaciones que tienen que afrontar, no sintiéndose menos ni sufriendo.

Sin embargo, en la investigación que realizó Jaque (2013) a pacientes con artritis reumatoide, que asistieron al Hospital Regional de Huacho-Perú en el 2011, se encontró depresión, pues según Beck en 1983 (como se citó en Hernández, 2010) las cogniciones que generan los pacientes repercuten el aspecto emocional y su salud misma, induciendo a la persona a un estado en el que le es imposible resolver los problemas de la vida diaria. No obstante, estos resultados difieren con la presente investigación pues se trabajó con pacientes en la primera etapa de la enfermedad.

Asimismo, los resultados muestran que en la etapa temprana de la enfermedad la mayoría de los pacientes, tanto mujeres como varones, no presentan síntomas depresivos. Según Nezu en 1987 (como se citó en Vázquez et al., 2000) los pacientes pudieron dar soluciones a su situación problemática (enfermedad) para no generar estados depresivos.

Los resultados, además, muestran que los pacientes con artritis reumatoide en edades más jóvenes entre los 20-28 años de edad no presentan síntomas depresivos. Esto es un buen pronóstico para los pacientes ya que según Beck en 1976 (como se citó en Vara, 2006) la ausencia de síntomas depresivos se puede dar gracias a que el paciente no se siente desgraciado, o torpe, o enfermo, o con poca valía, buscando mantener actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso contra la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida, por ende uno va a generar estados negativos consigo mismo y depresión.

Conclusiones

Existe relación entre la calidad de vida y depresión en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario de Chiclayo 2012, es decir, a mayor calidad de vida de los pacientes, menor sintomatología depresiva.

Los pacientes con artritis reumatoide, en su mayoría, presentan alta calidad de vida.

Los pacientes con artritis reumatoide, de ambos sexos y en todos los intervalos de edad, presentan alta calidad de vida.

Los pacientes con artritis reumatoide, en su mayoría, no presentaron sintomatología depresiva.

Los pacientes con artritis reumatoide, de ambos sexos y en todos los intervalos de edad, no presentaron síntomas depresivos.

Recomendaciones

Se recomienda la realización de investigaciones en etapas avanzadas de la enfermedad para así comparar resultados encontrados con el presente estudio.

Los pacientes que presentaron sintomatología depresiva, se recomienda psicoterapia y seguimiento terapéutico a fin de mejorar estados emocionales.

Se recomienda la implementación de un trabajo multidisciplinario entre el área de Reumatología y Psicología para un pronto tratamiento psicológico que ayude a mejorar el estado emocional del paciente en todas las etapas de la enfermedad, dando así importancia a la terapia psicológica.

Referencias

- Acevedo, E. (enero, 2012). *Algunos aspectos de la artritis reumatoide en Perú*. Sociedad peruana de medicina interna, 25 (1), 31-37. Recuperado de http://www.medicinainterna.org.pe/revista/revista_25_1_2012/rev_spmi_2012_1_revision_de_tema.pdf
- Acosta, J., Krüger, H., Huayanay, L., Bravo, F., y Arévalo, M. (2010). *Depresión y síntomas depresivos en pacientes que acuden al consultorio de Dermatología de un hospital general de Lima*. Neuropsiquiatría, 73 (4), 126-135.
- Ariza et al. (2010). *Calidad de vida relacionada con la salud, factores psicológicos y fisiopatológicos en pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico- LES*. Terapia Psicológica, 28(1), 27-36.
- Arranz, B., y San Molina, L. (2010). *El médico en casa. Comprender la depresión*. Barcelona: Amat, S.L.
- Arroyo, Y., y Barreto, J. (2010). *Calidad de vida y estado de salud en pacientes con artritis reumatoide* (Tesis doctoral). Recuperado de <http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2215/1/39%20Tesis.%20WE9%20A778.pdf>
- Beltrán, M, Freyre, M., y Hernández, L. (2012). *El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente*. Terapia psicológica, 30 (1), 5-13. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100001
- Caballero-Uribe et al. (2004). *Depresión, estrés y desesperanza en pacientes con artritis reumatoide del Caribe colombiano*. Reumatología, 11(4), 300-305. Recuperado de <http://www.revistacolombianadereumatologia.org/Portals/0/Descargas/6-depresi%C3%B2n-stress%20y%20desesperanza.pdf>

- Cadena, J., Cadavid, M., Ocampo, M., Vélez, M., y Anaya, J. (2002). *Depresión y familia en pacientes con artritis reumatoide*. Reumatología, 9(3), 184-191. Recuperado de <http://www.revistacolombianadereumatologia.org/Portals/0/Descargas/5-depresi%C3%B3n%20y%20familia%209-3.pdf>
- Capriotti, A. (2008). *Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide* (Monografía). Recuperado de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC087366.pdf>
- Casas, E., Escandell, M.J., Ribas, M., y Ochoa, S. (Enero-Marzo, 2010). *Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial*. Asociación Española Neuropsiquiatría, 30 (105), 25-47.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud CENETEC (2010). *Diagnóstico y tratamiento de artritis reumatoide del adulto*. México: secretaria de salud.
- Fernández, L., Vásquez, B., Fernández, J., Moreno, P., Fruns, I. y Liso, J. (2008). *Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento ambulatorio con anti-TNF*. Hospital Don Benito-Villanueva, 32(3), 178-181. Recuperado de http://www.sefh.es/fh/92_7.pdf
- Hernández, M. (2010). *Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso* (Tesis de licenciatura). Recuperada de <http://amapsi.org/Imágenes/TratamientoCognitivoDepresion.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. (5° ed.). México: McGraw- HillInteramericana.
- Jaque, R. (2013). *Prevalencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide en el Hospital Regional de Huacho* (Tesis doctoral). Recuperado de http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2696/1/Jaque_Arbieto_Raff_y_Ever_2013.pdf

- MINISTERIO DE SALUD (junio, 2008). *Guía clínica: Tratamiento de personas con depresión* (1º. ed.). MINSAL, (2). Recuperado de <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/depresion.pdf>
- Mosquera, M., y Salazar, Y. (2008). *Frecuencia de trastorno depresivo mayor y su influencia en el pronóstico de pacientes con artritis reumatoide* (Tesis doctoral). Recuperado de <http://www.infomediconline.com/biblioteca/vol49n101/frecans.pdf>
- Padilla, G. (2005). *Calidad de Vida: Panorámica de Investigaciones Clínicas*. Psicología, 13, 80-88.
- Pévez, C., Berrocal, K., Llauca, B., y Ramírez, W. (2013). *Características socio-demográficas y clínicas asociadas a depresión mayor en pacientes con artritis reumatoide*. *Panacea*, 3(1), 15-18.
- Salazar, J., Wehbe, J., y Vaccaro, Y. (junio, 2002) *Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con artritis reumatoide: Unidad de Reumatología del Hospital Julio Criollo Rivas*. *Psiquiatría-Neurología*, 49(101), 26-32. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=402042&indexSearch=ID>
- Schwartzmann, L. (2003). *Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales*. *Ciencia Enfermería*, 2, 9-21.
- Tobón, S., Vinaccia, S., Cadena, J., y Anaya, J. (2004). *Calidad de vida en personas con artritis reumatoide a partir del cuestionario de calidad de vida en la artritis (QOL-RA)*. *Psicología y salud*, 14(1), 25-30.
- Urzúa, A. y Caqueo-Úrizar, A. (2012). *Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto*. *Terapia psicológica*, 30 (1), 61-71. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000100006&script=sci_arttext

- Vara, A. (2006). *Aspectos generales de la depresión: una revisión empírica*. Lima: Asociación de defensa de las minorías.
- Velásquez et al. (enero, 2002). *La depresión en artritis reumatoide*. *Reumatología*, 18(2), 49-52.
- Vinaccia, S., Fernández, H., Moreno, E., y Padilla, G. (2006). *Aplicación de la revisión española del cuestionario Quality of life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia*. *Reumatología*, 13(4), 264-270. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-81232006000400003&script=sci_arttext
- Vinaccia, S., y Margarita, J. (enero, 2012). *Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos*. *Psicología: avances de la disciplina*, 6 (1), 123-136.
- Vinaccia, S., Tobón, S., Moreno, E., Cadena, J., y Anaya, J. (2005). *Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide*. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5 (1), 47-61.

Apéndice



Apéndice A

HOJA INFORMATIVA

El proyecto de investigación dirigido por Danitza Ivett Castillo Farfán, quién pertenece a la Escuela de Psicología de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, tiene autorización de la Dirección de Escuela para la ejecución del estudio.

El título de investigación es “Calidad de vida y depresión en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario de Chiclayo, 2012”; el cual tiene por objetivo determinar si existe relación entre estas dos variables.

Para la realización del estudio se le pedirá su participación, la cual será voluntaria así como la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin que le perjudique en ninguna forma.

Si Usted accede a participar en este estudio, se le requerirá responder preguntas de dos cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 25 minutos de su tiempo.

Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación, lo que garantizará la confidencialidad y el anonimato, asimismo, estos no se usarán para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Si alguna de las preguntas le parece incómoda, tiene derecho de hacérselo saber al investigador o no responderla.

Si usted tiene alguna duda sobre este proyecto, puede realizar las preguntas que crea conveniente en cualquier momento durante su participación en él.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ . He leído la hoja de información que me ha entregado el investigador, y he podido hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento. Por ello, afirmo que mi participación es voluntaria y reconozco que mis resultados no serán utilizados para otros fines y que serán confidenciales.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FECHA

DNI N°.....

00

Apéndice B

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (WHOQOL-BREF)

Edad: _____ Sexo: _____

Instrucciones:

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su Calidad de Vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro (a) de que respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, esta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

N°	Ítem	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Por favor. Lee cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

N°	Ítem	Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuanto ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas

N°	Ítem	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para sentirse bien en su vida?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimentó o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semana.

Nº	Ítem	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Cuán disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien feliz” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas semanas.

Nº	Ítem	Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está de su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimenta ciertos hechos en las dos últimas semanas

Nº	Ítem	Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos?	1	2	3	4	5

Apéndice C

**CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE
LA SALUD (WHOQOL-BREF)**

Ficha Técnica

Nombre Original: Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF)

Autores: OMS y el grupo WHOQOL (1998).

Adaptación: Castillo (2012) en Chiclayo.

Administración: Individual y colectiva.

Duración: 15 minutos

Tipo de Respuesta: Escala de Likert

Tipificación: Los baremos que se utilizarán para la investigación, se han diseñado en pacientes con artritis reumatoide, arrojaron categorías de: bajo (21– 40), normal (41– 60), alto (61 – 80) y muy alto (81– 100).

Descripción: El WHOQOL-BREF tiene 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente.

Validez y Confiabilidad: Posee una confiabilidad, en la población de estudio, con un Alpha de Cronbach de 0,96 y división por mitades de 0,94 - 0,97. La validez fue realizada por el método de contrastación de grupos obteniendo un puntaje superior a 0.05.

Apéndice D

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

Edad: _____ Sexo: _____

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

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

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Lloro continuamente. ○ Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11	<ul style="list-style-type: none"> ○ No estoy más irritado de lo normal en mí. ○ Me molesto o irrito más fácilmente que antes. ○ Me siento irritado continuamente. ○ No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12	<ul style="list-style-type: none"> ○ No he perdido el interés por los demás. ○ Estoy menos interesado en los demás que antes. ○ He perdido la mayor parte de mi interés por los demás. ○ He perdido todo el interés por los demás.
13	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho. ○ Evito tomar decisiones más que antes. ○ Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. ○ Ya me es imposible tomar decisiones.
14	<ul style="list-style-type: none"> ○ No creo tener peor aspecto que antes. ○ Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo. ○ Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo. ○ Creo que tengo un aspecto horrible.
15	<ul style="list-style-type: none"> ○ Trabajo igual que antes. ○ Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo. ○ Tengo que obligarme mucho para hacer algo. ○ No puedo hacer nada en absoluto.
16	<ul style="list-style-type: none"> ○ Duermo tan bien como siempre. ○ No duermo tan bien como antes. ○ Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir. ○ Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17	<ul style="list-style-type: none"> ○ No me siento más cansado de lo normal. ○ Me canso más fácilmente que antes. ○ Me canso en cuanto hago cualquier cosa. ○ Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mi apetito no ha disminuido. ○ No tengo tan buen apetito como antes. ○ Ahora tengo mucho menos apetito. ○ He perdido completamente el apetito.
19	<ul style="list-style-type: none"> ○ Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada. ○ He perdido más de 2 kilos y medio. ○ He perdido más de 4 kilos. ○ He perdido más de 7 kilos. ○ Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.
20	<ul style="list-style-type: none"> ○ No estoy preocupado por mi salud más de lo normal. ○ Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento. ○ Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más. ○ Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21	<ul style="list-style-type: none"> ○ No he observado ningún cambio reciente en mi interés. ○ Estoy menos interesado por el sexo que antes. ○ Estoy mucho menos interesado por el sexo. ○ He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Apéndice E

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.**Ficha Técnica**

Nombre Original: Inventario de Depresión de Beck (BDI).

Autores: Beck y cols (1983)

Adaptación: Castillo (2012) en Chiclayo.

Administración: Individual y colectiva

Duración: 10 minutos.

Tipificación: Los baremos que se utilizarán para la investigación, han sido diseñados en pacientes con artritis reumatoide, arrojaron categorías de: no depresión (0 – 9), depresión leve (10 – 18), depresión moderada (19 – 29) y depresión grave (≥ 30).

Tipo de Respuesta: Escala de likert.

Descripción: El rango de puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar las manifestaciones, no proporcionar un diagnóstico.

Validez y Confiabilidad: El instrumento posee una confiabilidad, en la población de estudio, con un Alpha de Cronbach de 0,95 y división por mitades de 0,92 - 0,96. La validez fue realizada por el método de contrastación de grupos obteniendo un puntaje superior a 0.05.