

Universidad Católica de Santa María

Escuela de Postgrado

Maestría en Enfermería



**REPERCUSIÓN DEL ESTIGMA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS
PACIENTES CON DEPRESIÓN ATENDIDOS POR CONSULTORIO
EXTERNO DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI –
AREQUIPA 2017**

Tesis presentada por la Bachiller:

Pinto Alemán, Cynthia Yrela

**Para optar el Grado Académico de:
Maestro en Enfermería**

Asesora:

Mgter. Anchante Hernández, Elva

**AREQUIPA- PERÚ
2018**

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Dr. Hugo Tejada Pradel
Director de la Escuela de Postgrado de la UCSM

DE : Dra. Teresa Chocano
Dra. Elva Anchante
Dra. Katherine Fernandez

PROYECTO DE TESIS: "REPERCUSION DEL ESTIGMA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS
PACIENTES CON DEPRESION ATENDIDOS POR CONSULTORIO EXTERNO DEL CENTRO DE
SALUD MENTAL MOISES HERESI – AREQUIPA 2017"

MAESTRISTA : PINTO ALEMAN CYNTHIA YRELA

FECHA : 28 de diciembre del 2017

En concordancia con lo dispuesto por la Dirección de la Escuela de Postgrado, se ha procedido a revisar desde una perspectiva metodológica el Borrador de Tesis presentado, señalándose las siguientes observaciones.

- Ver lo de las dedicatorias.
- En el índice falta colocar propuesta, el resumen y abstrac con fecha más pequeña.
- En las tablas de datos sociodemográfica cambiar la fuente.

Subsanadas las observaciones el Borrador de Tesis queda aprobado para su Sustentación

Atentamente,


Dra. Katherine Fernandez


Dra. Teresa Chocano


Dra. Elva Anchante

DEDICATORIA

A mis padres Virginia y Juan por ser mi ejemplo de constancia y fortaleza, por ser mi apoyo en todo momento y por motivarme constantemente para alcanzar mis metas.

A mi familia por creer en mí; y a quien hubiera estado muy orgullosa de verme llegar aquí: Mamá Delia.

A quienes han sido incondicionales en todo momento y me han ayudado a cumplir esta meta, gracias por su apoyo, por haber hecho fácil lo difícil y por haberme empujado a la aventura de una maestría.

Cynthia



“El presidiario sabe perfectamente que es un prisionero, que es un réprobo, y conoce la distancia que le separa de sus superiores; pero ni estigmas ni cadenas le harán olvidar que es un hombre.”

—Fiódor Dostoyevski

INDICE

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPITULO I: RESULTADOS	01
CAPITULO II: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	21
CAPITULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	26
PROPUESTA	29
BIBLIOGRAFÍA	32
ANEXOS	35
Nº INSTRUMENTOS	36
Nº 2. ESCALAS VALIDADAS	40
Nº 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO	64
Nº 3. MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS	66
Nº 5. PROYECTO DE TESIS	35

RESUMEN

El presente trabajo tiene por objeto determinar cuál es la repercusión del estigma en la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

Corresponde a un estudio de campo de tipo descriptivo, explicativo y de corte transversal. Para el logro de los objetivos se utilizó la técnica del cuestionario a través de dos escalas validadas: La escala de King en su versión en español, constituida por 28 ítems para medir el grado de estigma y la Escala de calidad de vida para la depresión; constituida por 34 ítems, ambas aplicadas a 60 pacientes con diagnóstico de depresión, quienes constituyen el total.

El nivel de estigma fue determinado a través de 3 indicadores (dimensiones): de discriminación, de divulgación y aspectos positivos, cada uno de los cuales tenía un puntaje que determinó tres niveles de estigma: bajo, medio y alto.

Por otro lado la calidad de vida en pacientes con depresión fue evaluada a través de indicadores como: ansiedad, inseguridad, aislamiento, anhedonia, los cuales determinan una calidad de vida buena o deficiente. Ambas variables fueron sistematizadas y tratadas estadísticamente mediante frecuencias absolutas y porcentuales.

Los resultados muestran que la mayor parte de pacientes se encuentran entre las edades de 38 a 43 años, es en su mayoría de género femenino, proceden de Arequipa, en su mayoría viven solos y son de estado civil solteros, con un tiempo de enfermedad entre 6 a 9 años. De otro lado el estigma en la población es alto y la calidad de vida es deficiente.

La prueba estadística indica que hay una relación significativa entre calidad de vida y estigma, edad, estado civil y tiempo de enfermedad. Mientras que también hay significancia entre estigma y ocupación. Por lo tanto, se infiere una relación directa entre ambas variables, con lo que la hipótesis de la investigación queda comprobada.

PALABRAS CLAVE: estigma, calidad de vida, depresión.

ABSTRACT

The purpose of this study is to determine the impact of stigma on the quality of the life of patients diagnosed with depression treated at the Moisés Heresi Mental Health Center.

This corresponds to a field study of a descriptive, explanatory and cross-sectional type. To achieve the objectives, the questionnaire technique was used through two validated scales: King's scale in its Spanish version, consisting of 28 items to measure the degree of stigma and the Quality of Life Scale for depression; constituted by 34 items, both applied to 60 patients diagnosed with depression, who constitute the total.

The level of stigma was determined through 3 indicators (dimensions): discrimination, disclosure, and positive aspects. Each of which had a score that determined three levels of stigma: low, medium or high. On the other hand, the quality of life in patients with depression was evaluated through indicators such as: anxiety, insecurity, isolation, and anhedonia, which determine a good or deficient quality of life. Both variables were systematized and treated statistically by absolute and percentage frequencies.

The results show that most patients between the ages of 38 to 43 years, are mostly female, come from Arequipa, mostly live alone, have a relationship status of single, and with a time of illness between 6 to 9 years. On the other hand, the stigma in the population is high and the quality of life is deficient.

The statistical test indicates that there is a significant relationship between the quality of life, stigma, age, marital status, and time of illness. While there is also significance between stigma and occupation. Therefore, a direct relationship between both variables is inferred with which the hypothesis of the investigation is proven.

KEY WORDS: stigma, quality of life, depression.

INTRODUCCION

Todos en algún momento hemos nos hemos sentido tristes, sin ganas de hacer nada, y esto es normal porque nuestro organismo sufre cambios físicos y psicológicos en un corto periodo de tiempo, pero; si los síntomas persisten o empeoran, podríamos estar frente a un trastorno depresivo.

La alta incidencia de pacientes con depresión en todo el mundo es alarmante, se estima que, en algunos años, la depresión sería la segunda causa de morbilidad en el mundo y la tercera de mortalidad por suicidios debido a la falta de tratamientos oportunos. Esta enfermedad afecta a muchas esferas de la vida.

Es relevante el impacto en el entorno laboral, la disfunción familiar y el deterioro social que puede causar la depresión, y a ésta realidad se añade otra situación que en muchos casos pasa totalmente inadvertida, y es la cuestión referida a la estigmatización que se presenta en estos pacientes. Los pacientes deprimidos no sólo se encuentran sometidos al sufrimiento que ocasiona la propia enfermedad que están padeciendo también la incomprensión de las personas que les rodean y en no pocas ocasiones los prejuicios y el estigma asociado.

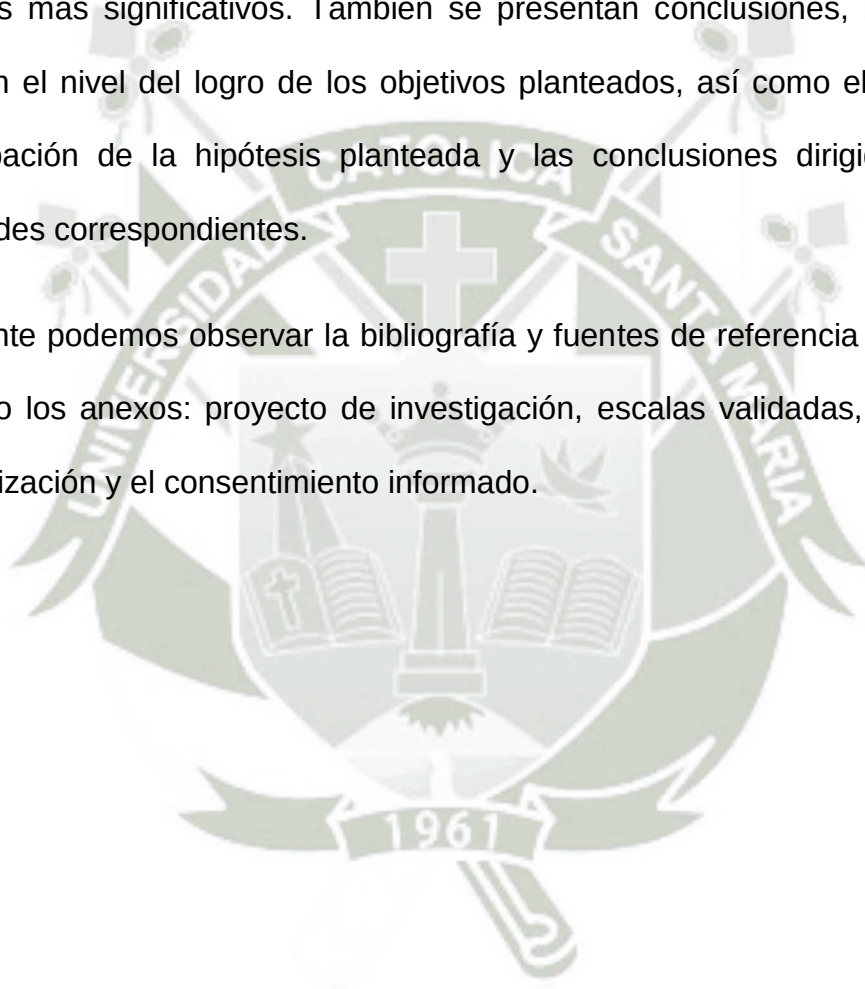
Este estigma repercutirá sobre la calidad de vida de los pacientes, ya que el riesgo de recaída es alto, y cada vez que aumente el nivel de depresión en una persona se produce una disminución de la calidad de vida.

Teniendo en cuenta todo esto; el presente trabajo de investigación buscó en primer lugar determinar el nivel de estigma y la calidad de vida presente en la población de estudio, para así determinar a relación entre ambas.

El estudio y análisis de las variables corresponde a la necesidad de obtener nuevos y mayores logros en el ámbito de la salud mental, así como disminuir o eliminar el nivel de estigma del paciente psiquiátrico.

La tesis está comprendida del capítulo I, donde se muestran todos los resultados obtenidos a través de tablas, graficas e interpretaciones, se realizó también la comparación con los antecedentes investigativos y la explicación de los hallazgos más significativos. También se presentan conclusiones, los cuales expresan el nivel del logro de los objetivos planteados, así como el grado de comprobación de la hipótesis planteada y las conclusiones dirigidas a las autoridades correspondientes.

Finalmente podemos observar la bibliografía y fuentes de referencia utilizadas, así como los anexos: proyecto de investigación, escalas validadas, matriz de sistematización y el consentimiento informado.





CAPITULO I

RESULTADOS

TABLA N°. 1

**EDAD DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN ATENDIDOS POR
CONSULTORIO EXTERNO DEL CENTRO DE SALUD MENTAL
MOISÉS HERESI**

Edad (años)	N°.	%
20-25	0	0.0
26-31	2	3.4
32-37	9	14.9
38-43	31	51.7
44 a mas	18	30.0
TOTAL	60	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La Tabla N°. 1 muestra que el 51.7% de los pacientes con depresión atendidos por consultorio externo del centro de salud mental Moisés Heresi tienen de 38-43 años, mientras que el 3.4% tienen de 26-31 años.

GRÁFICO N° 1

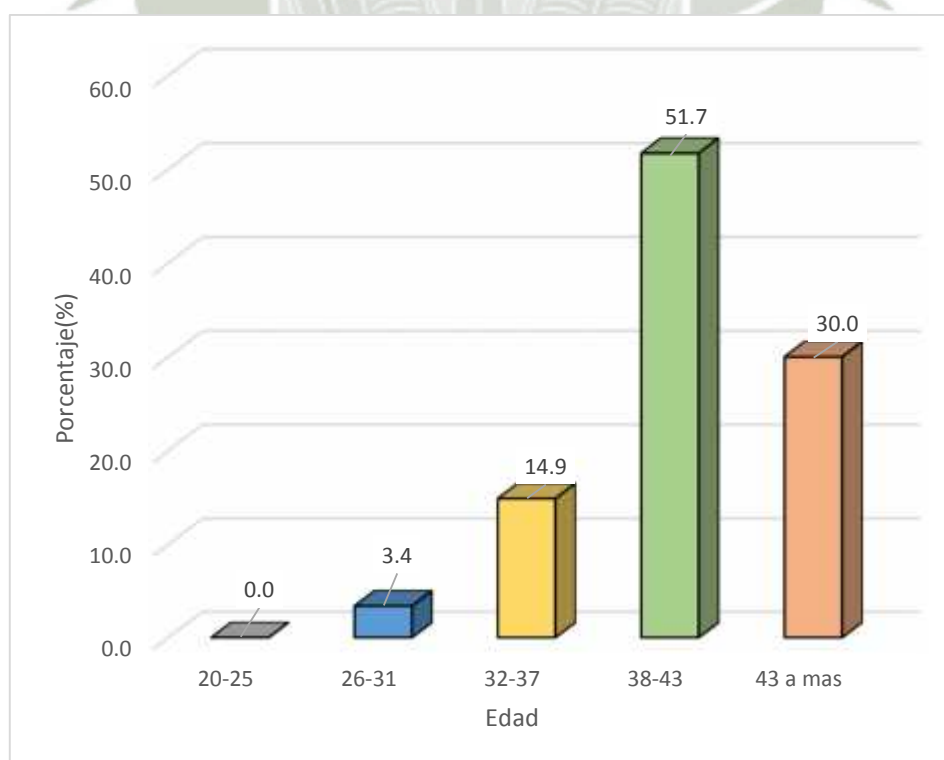


TABLA N°. 2

SEXO DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN

Sexo	N°.	%
Masculino	27	45,0
Femenino	33	55,0
TOTAL	60	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La Tabla N°. 2 muestra que el 55.0% de los pacientes con depresión atendidos por consultorio externo del centro de salud mental Moisés Heresi son del sexo femenino, mientras que el 45.0% son del sexo masculino.

GRÁFICO N° 2

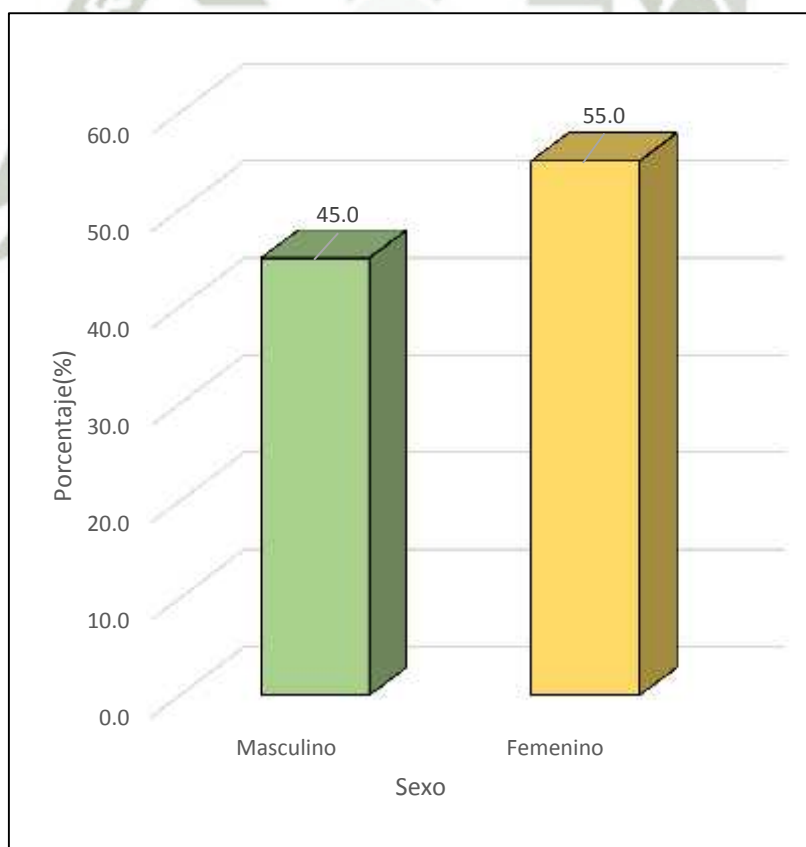


TABLA N°. 3

PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN

Procedencia	N°.	%
Arequipa	23	38,3
Puno	17	28,3
Cusco	5	8,3
Tacna	9	15,0
Moquegua	6	10,0
TOTAL	60	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La Tabla N°. 3 muestra que el 38.3% de los pacientes con depresión atendidos por consultorio externo del centro de salud mental Moisés Heresi son de Arequipa, mientras que el 8.3% son de Cuzco.

GRAFICO N° 3

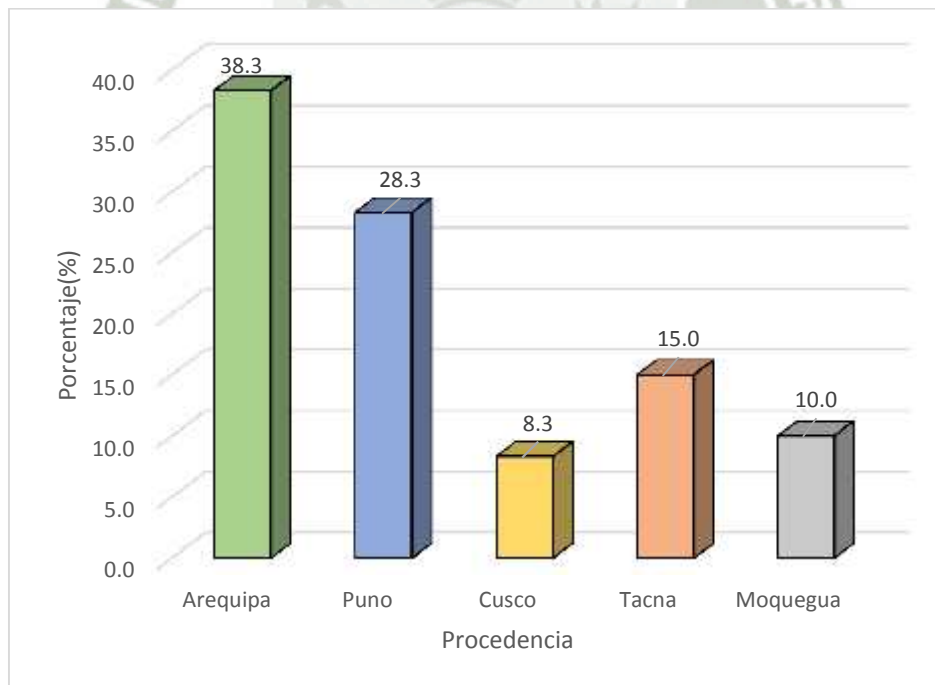


TABLA N°. 4

CONVIVENCIA FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN

Convivencia familiar	N°.	%
Ambos padres	13	21,7
Madre	3	5,0
Madre	7	11,7
Otros familiares	8	13,3
Solo	16	26,7
Cónyuge	13	21,7
TOTAL	60	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La Tabla N°. 4 muestra que el 26.7% de los pacientes con depresión atendidos por consultorio externo del centro de salud mental Moisés Heresi viven solos, mientras que el 5.0% de los pacientes viven con sus madres.

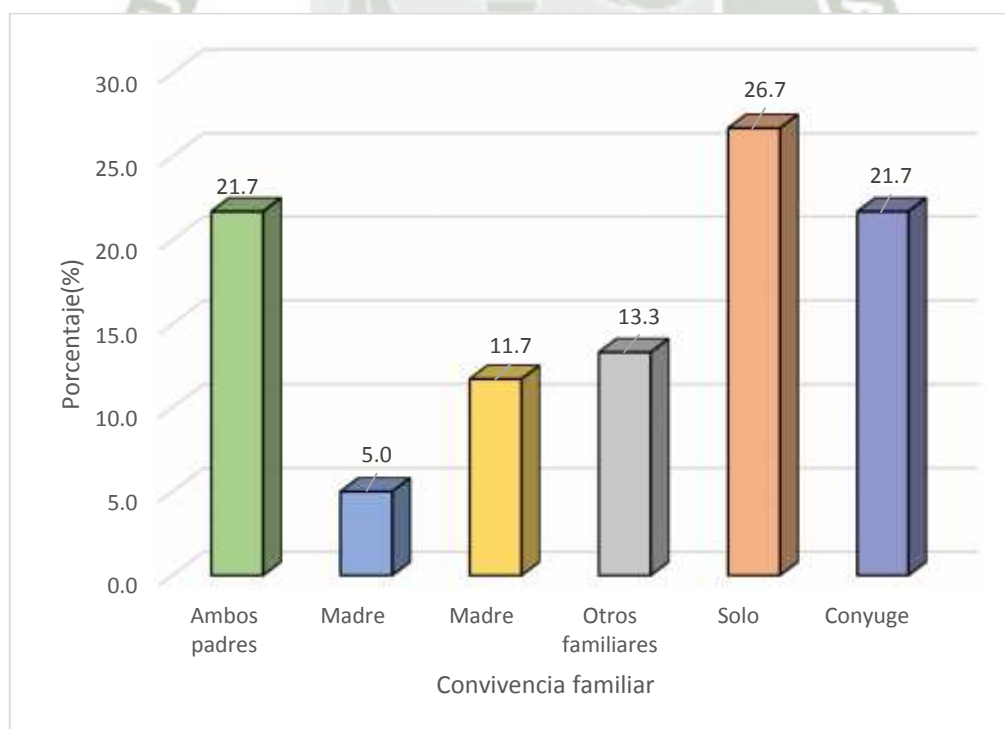
GRÁFICO N° 4


TABLA N°. 5

ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN

Estado civil	N°.	%
Soltero	34	56,7
Casado	17	28,3
Viudo	5	8,3
Otros	4	6,7
TOTAL	60	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La Tabla N°. 5 muestra que el 56.7% de los pacientes con depresión atendidos por consultorio externo del centro de salud mental Moisés Heresi son solteros, mientras que el 6.7% viven con otras personas.

GRÁFICO N° 5

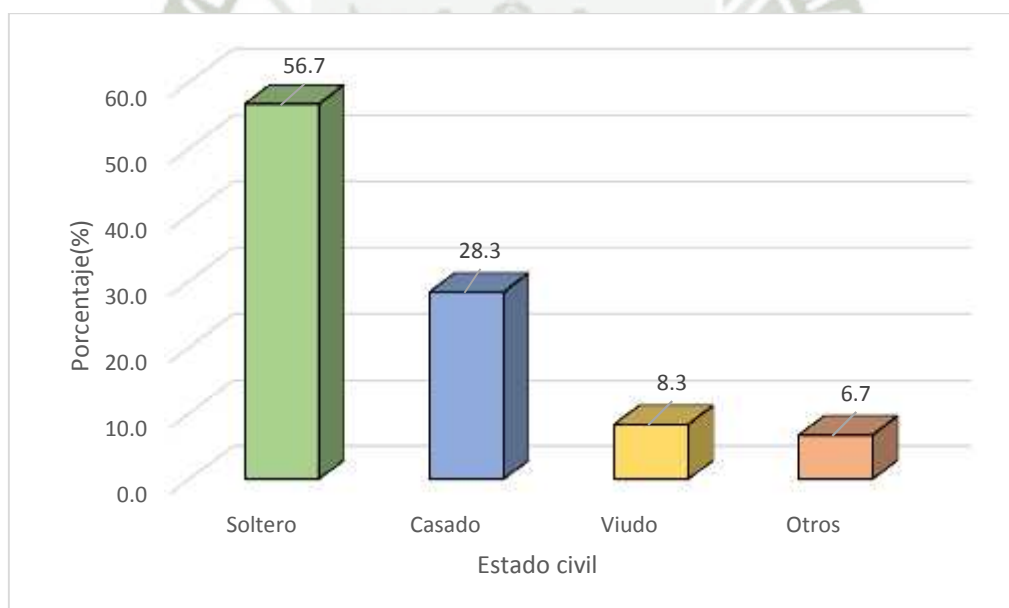


TABLA N°. 6

OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN

Ocupación	N°.	%
Obrero	14	23,3
Empleado	26	43,3
Desempleado	15	25,0
Otros	5	8,3
TOTAL	60	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La Tabla N°. 6 muestra que el 43.3% de los pacientes con depresión atendidos por consultorio externo del centro de salud mental Moisés Heresi son empleados, mientras que el 23.3% son obreros.

GRÁFICO N° 6

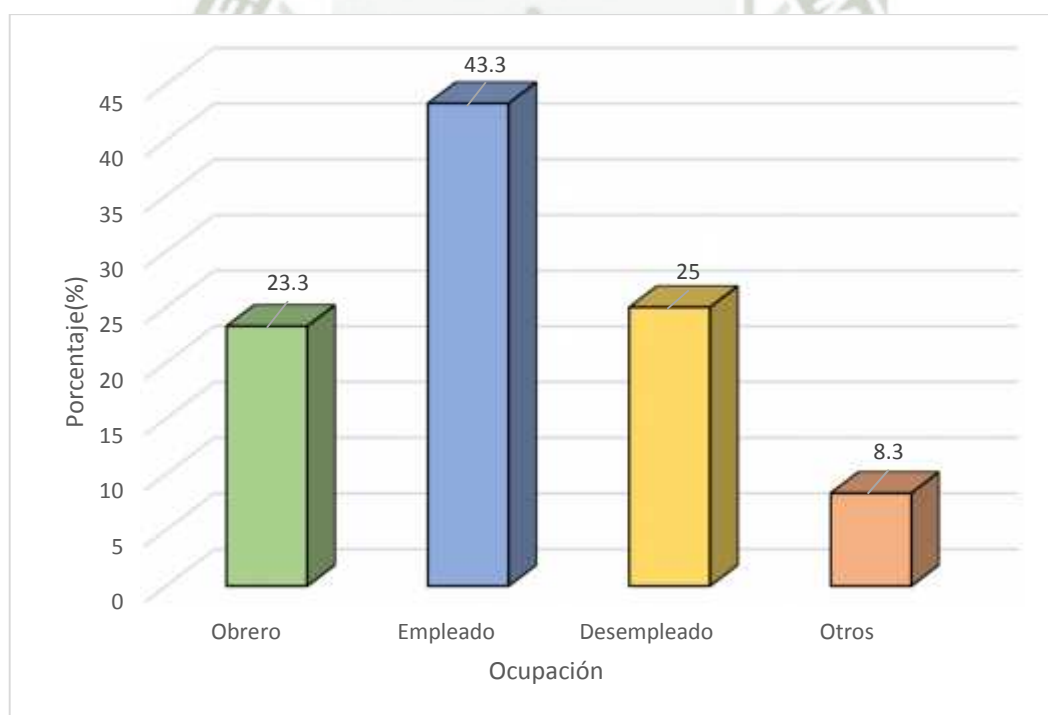


TABLA N°. 7

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN

Grado de instrucción	N°.	%
Primaria	8	13,3
Secundaria	24	40,0
Superior	13	21,7
Técnica	15	25,0
TOTAL	60	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La Tabla N°. 7 muestra que el 40.0% de los pacientes con depresión atendidos por consultorio externo del centro de salud mental Moisés Heresi tienen instrucción secundaria, mientras que el 13.3% tienen instrucción primaria.

GRÁFICO N° 7

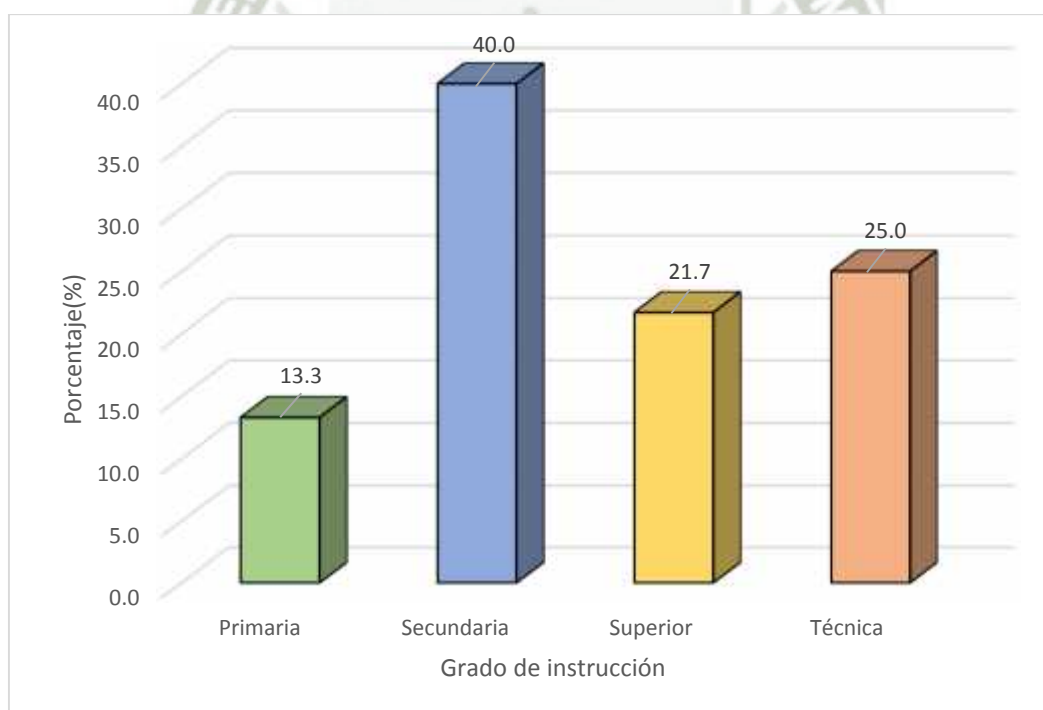


TABLA N°. 8

TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN

Tiempo de enfermedad	N°.	%
6 meses-1 año	0	0.0
2-5 años	2	3.3
6-9 años	56	93.4
10 a mas	2	3.3
TOTAL	60	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La Tabla N°. 8 muestra que el 93.4% de los pacientes con depresión atendidos por consultorio externo del centro de salud mental Moisés Heresi tienen la enfermedad entre 6-9 años, mientras que el 3.3% tiene la enfermedad de 10 años a más.

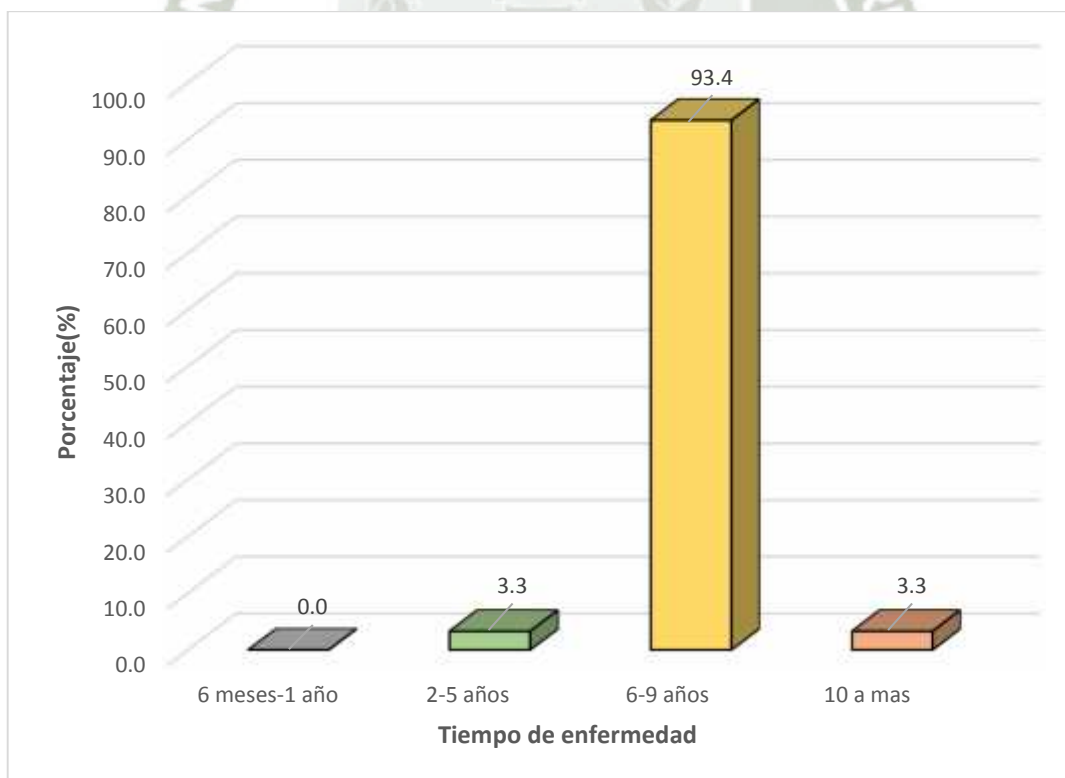
GRÁFICA N° 8


TABLA N°. 9
CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN

Calidad de vida	N°.	%
Buena	11	18,3
Deficiente	49	81,7
TOTAL	60	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La Tabla N°. 9 muestra que el 81.7% de los pacientes con depresión atendidos por consultorio externo del centro de salud mental Moisés Heresi tienen un nivel de calidad de vida deficiente, mientras que el 18.3% presentan buena calidad de vida.

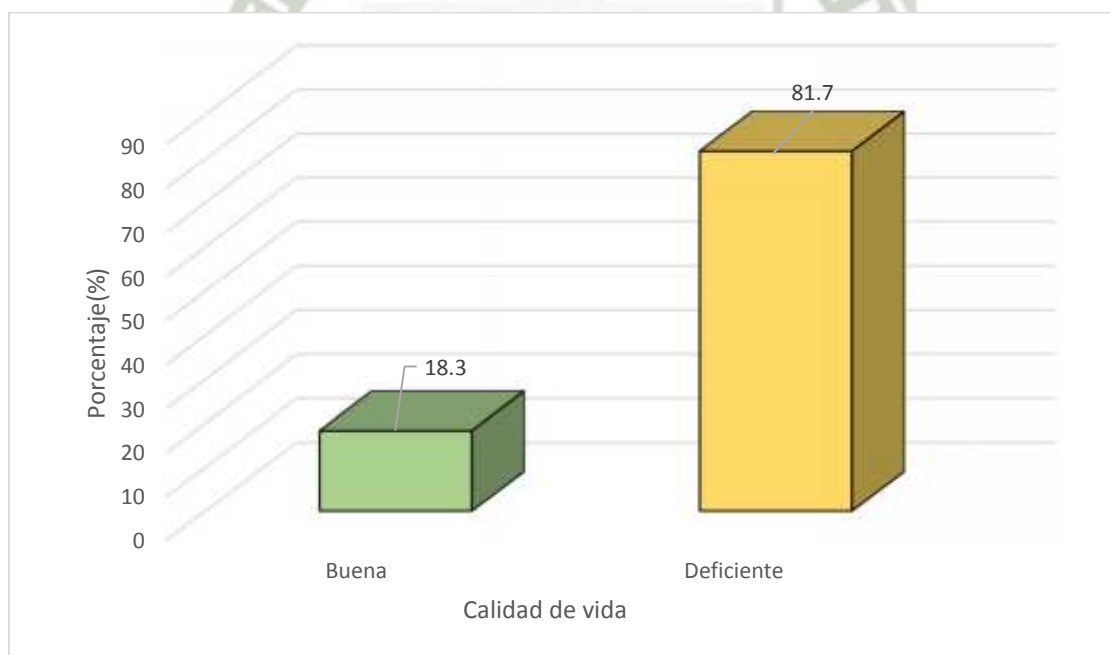
GRÁFICA N° 9


TABLA N° 10
NIVEL DE ESTIGMA DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN

Estigma	N°.	%
Bajo	8	13,3
Medio	28	46,7
Alto	24	40,0
TOTAL	60	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora

La Tabla N°. 10 muestra que el 46.7% de los pacientes con depresión atendidos por consultorio externo del centro de salud mental Moisés Heresi tienen un nivel de estigma medio, mientras que el 13.3% presentan un nivel de estigma bajo.

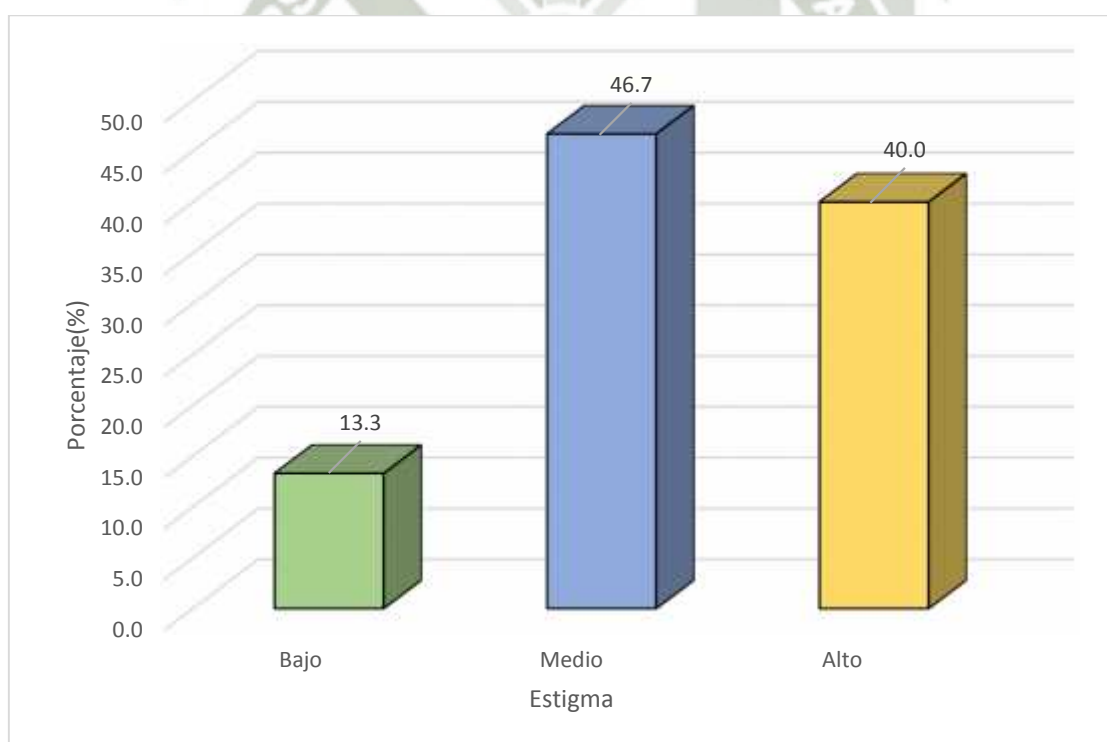
GRÁFICA N° 10


TABLA N°. 11

RELACION DEL NIVEL DE ESTIGMA Y CALIDAD DE VIDA DE LOS
PACIENTES CON DEPRESIÓN

Calidad	Estigma						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Buena	6	10,0	5	8,3	0	0,0	11	18,3
Deficiente	2	3,3	23	38,3	24	40,0	49	81,7
TOTAL	8	13,3	28	46,7	24	40,0	60	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora $|X^2=22.55$ $P<0.05$

La Tabla N°. 11 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=22.55$) se muestra que el nivel de estigma y la calidad de vida presentaron relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que el 40.0% de los pacientes con depresión atendidos por consultorio externo del centro de salud mental Moisés Heresi con nivel de estigma alto presentan calidad de vida deficiente, mientras que el 10.0% de pacientes con nivel bajo de estigma tienen buena calidad de vida.

GRÁFICA N° 11

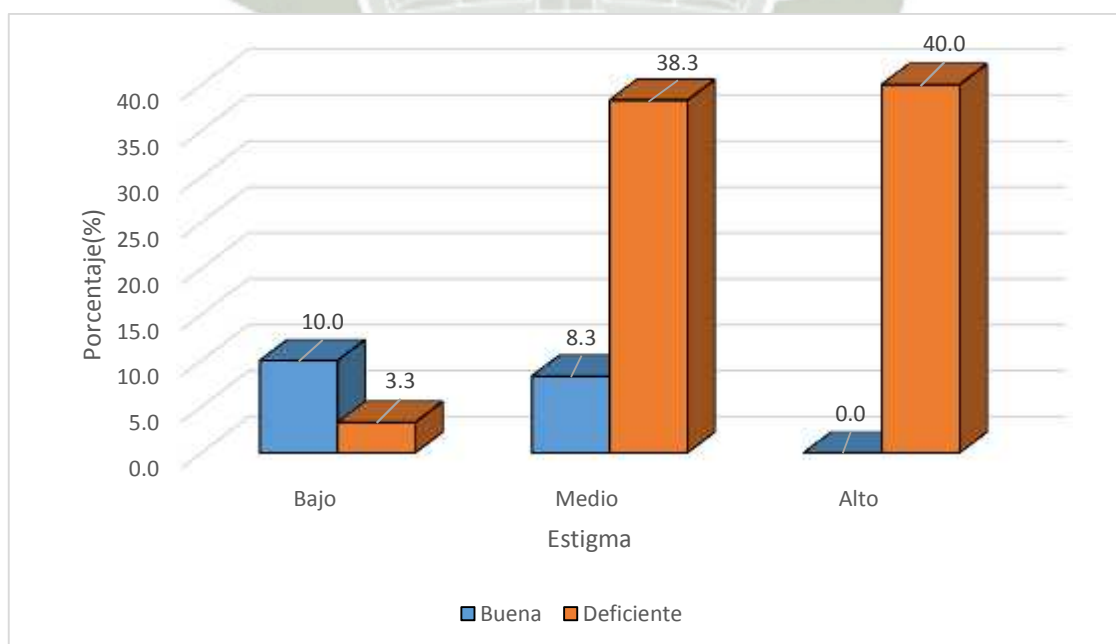


TABLA N°. 12

**RELACION ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA EDAD DE LOS PACIENTES
CON DEPRESIÓN**

Edad	Calidad				TOTAL	
	Buena		Deficiente		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
20-25	0	0.0	0	0.0	0	0.0
26-31	1	1.7	1	1.7	2	3.4
32-37	0	0.0	9	14.9	9	14.9
38-43	9	14.9	22	36.8	31	51.7
44 a mas	1	1.7	17	28.3	18	30.0
TOTAL	11	18,3	49	81,7	60	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora $\chi^2=7.69$ $P<0.05$

La Tabla N°. 12 según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=7.69$) se muestra que la calidad de vida y la edad presentaron relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que el 36.8% de los pacientes con depresión atendidos por consultorio externo del centro de salud mental Moisés Heresi con calidad de vida deficiente tienen entre 38-43 años.

GRÁFICA N° 12

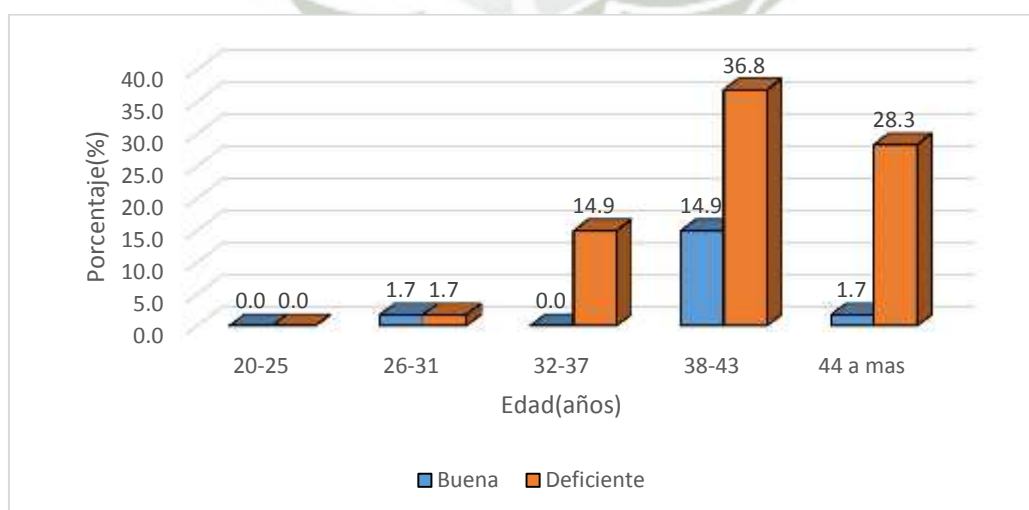


TABLA N°. 13

RELACION ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA CONVIVENCIA DE LOS
PACIENTES CON DEPRESIÓN

Convivencia	Calidad				TOTAL	
	Buena		Deficiente		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%		
Ambos padres	3	5,0	10	16,7	13	21,7
Madre	1	1,7	2	3,3	3	5,0
Madre	0	0,0	7	11,7	7	11,7
Otros familiares	1	1,7	7	11,7	8	13,3
Solo	2	3,3	14	23,3	16	26,7
Cónyuge	4	6,7	9	15,0	13	21,7
TOTAL	11	18,3	49	81,7	60	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora $X^2=4.10$ $P>0.05$

La Tabla N°. 13 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=4.10$) se muestra que la calidad de vida y la convivencia no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$). Asimismo se observa que el 23.3% de los pacientes con depresión atendidos por consultorio externo del centro de salud mental Moisés Heresi con calidad de vida deficiente viven solos.

GRÁFICA N° 13



TABLA N°. 14

RELACION ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL ESTADO CIVIL DE LOS
PACIENTES CON DEPRESIÓN

Estado Civil	Calidad				TOTAL	
	Buena		Deficiente		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Soltero	3	5,0	31	51,7	34	56,7
Casado	4	6,7	13	21,7	17	28,3
Viudo	3	5,0	2	3,3	5	8,3
Otros	1	1,7	3	5,0	4	6,7
TOTAL	11	18,3	49	81,7	60	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora $\chi^2=8.27$ $P<0.05$

La Tabla N°. 14 según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=8.27$) se muestra que la calidad de vida y el estado civil presentaron relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que el 51.7% de los pacientes con depresión atendidos por consultorio externo del centro de salud mental Moisés Heresi con calidad de vida deficiente son solteros.

GRÁFICA N° 14

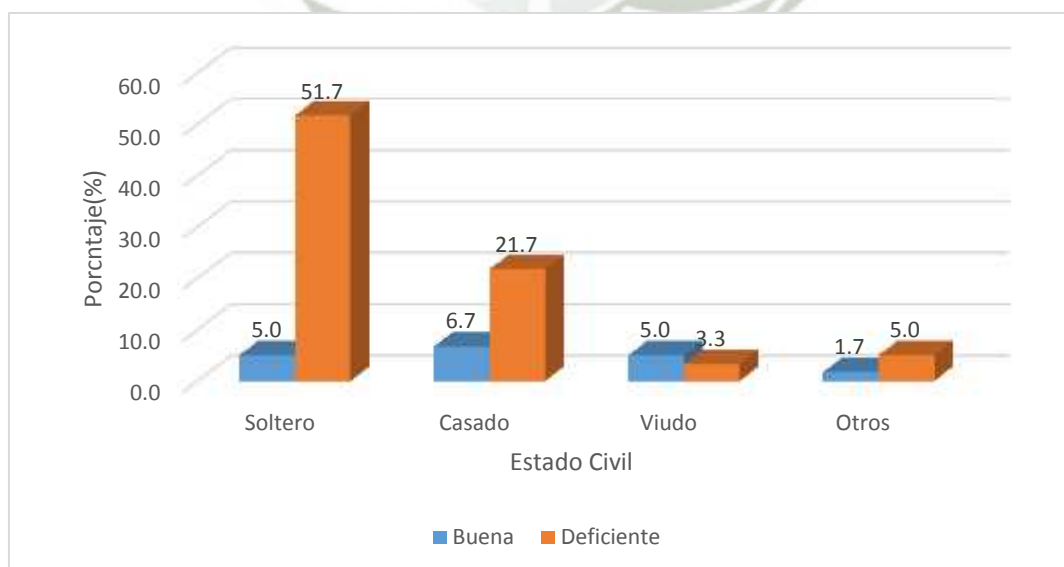


TABLA N°. 15
RELACION ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA OCUPACION DE LOS
PACIENTES CON DEPRESIÓN

Ocupación	Calidad				TOTAL	
	Buena		Deficiente		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Obrero	2	3,3	12	20,0	14	23,3
Empleado	5	8,3	21	35,0	26	43,3
Desempleado	2	3,3	13	21,7	15	25,0
Otros	2	3,3	3	5,0	5	8,3
TOTAL	11	18,3	49	81,7	60	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora $X^2=1.98$ $P>0.05$

La Tabla N°. 15 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.98$) se muestra que la calidad de vida y la ocupación no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 35.0% de los pacientes con depresión atendidos por consultorio externo del centro de salud mental Moisés Heresi con calidad de vida deficiente son empleados.

GRÁFICA N° 15



TABLA N°. 16
RELACION ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL TIEMPO CON LA
ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN

Tiempo	Calidad				TOTAL	
	Buena		Deficiente		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
6 meses-1 año	0	0.0	0	0.0	0	0.0
2-5 años	2	3.3	0	0.0	2	3.3
6-9 años	9	15.0	47	78.4	56	93.4
10 a mas	0	0.0	2	3.3	2	3.3
TOTAL	11	18,3	49	81,7	60	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora $X^2=9.55$ $P<0.05$

La Tabla N°. 16 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=9.55$) se muestra que la calidad de vida y el tiempo con la enfermedad presentaron relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que el 78.4% de los pacientes con depresión atendidos por consultorio externo del centro de salud mental Moisés Heresi con calidad de vida deficiente tienen un tiempo de enfermedad entre 6-9 años.

GRÁFICA N° 16

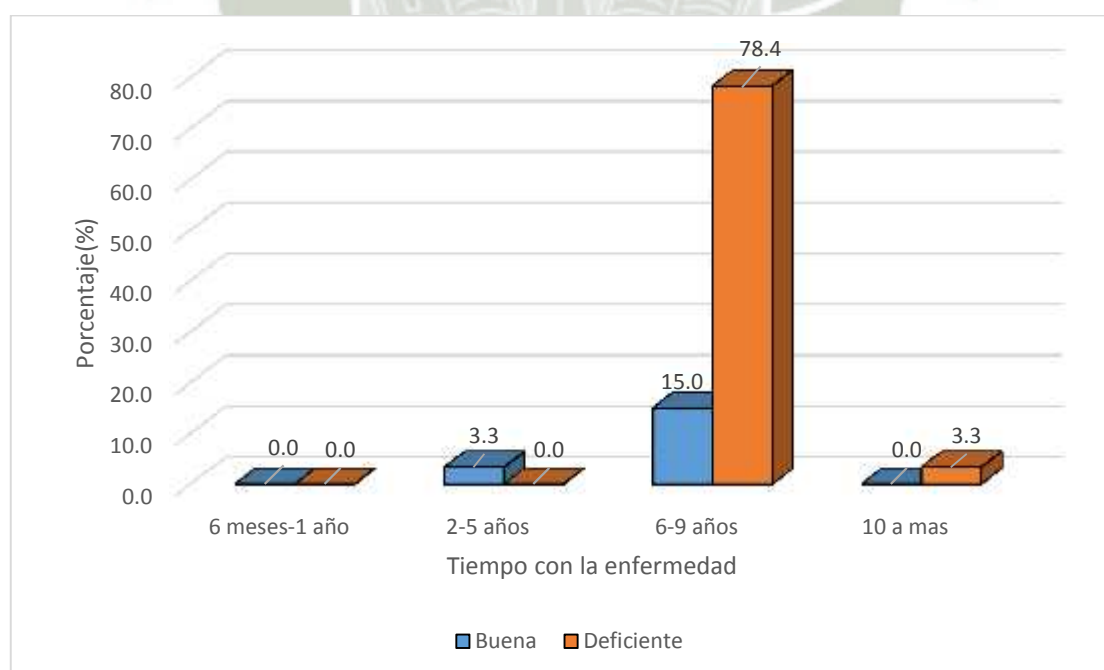


TABLA N°. 17

**RELACION ENTRE NIVEL DE ESTIGMA Y LA OCUPACION DE LOS
PACIENTES CON DEPRESIÓN**

Ocupación	Estigma						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Obrero	2	3,3	4	6,7	8	13,3	14	23,3
Empleado	4	6,7	10	16,7	12	20,0	26	43,3
Desempleado	0	0,0	12	20,0	3	5,0	15	25,0
Otros	2	3,3	2	3,3	1	1,7	5	8,3
TOTAL	8	13,3	28	46,7	24	40,0	60	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora $X^2=13.01$ $P<0.05$

La Tabla N°. 17 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=13.01$) se muestra que el nivel de estigma y la ocupación presentaron relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que el 20.0% de los pacientes con depresión atendidos por consultorio externo del centro de salud mental Moisés Heresi con nivel alto de estigma son empleados.

GRÁFICA N° 17

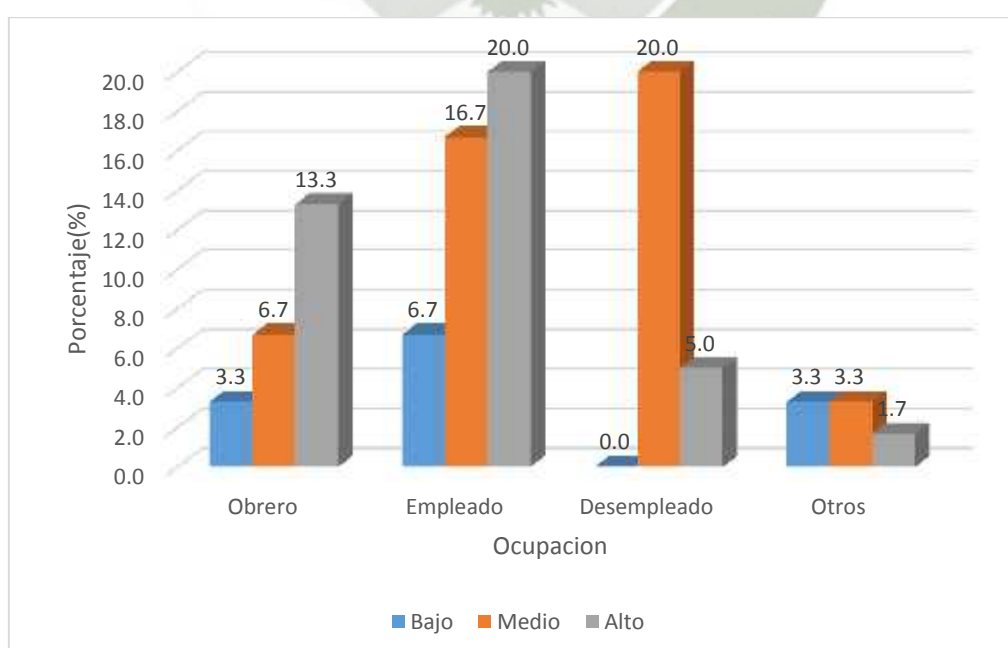


TABLA N° 18
RELACION ENTRE NIVEL DE ESTIGMA Y EL GRADO DE INSTRUCCION
DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN

Instrucción	Estigma						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Primaria	1	1,7	1	1,7	6	10,0	8	13,3
Secundaria	1	1,7	14	23,3	9	15,0	24	40,0
Superior	2	3,3	6	10,0	5	8,3	13	21,7
Técnica	4	6,7	7	11,7	4	6,7	15	25,0
TOTAL	8	13,3	28	46,7	24	40,0	60	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora $X^2=9.42$ $P>0.05$

La Tabla N°. 18 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=9.42$) se muestra que el nivel de estigma y el grado de instrucción no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 23.3% de los pacientes con depresión atendidos por consultorio externo del centro de salud mental Moisés Heresi con nivel medio de estigma tienen instrucción secundaria.

GRÁFICA N° 18

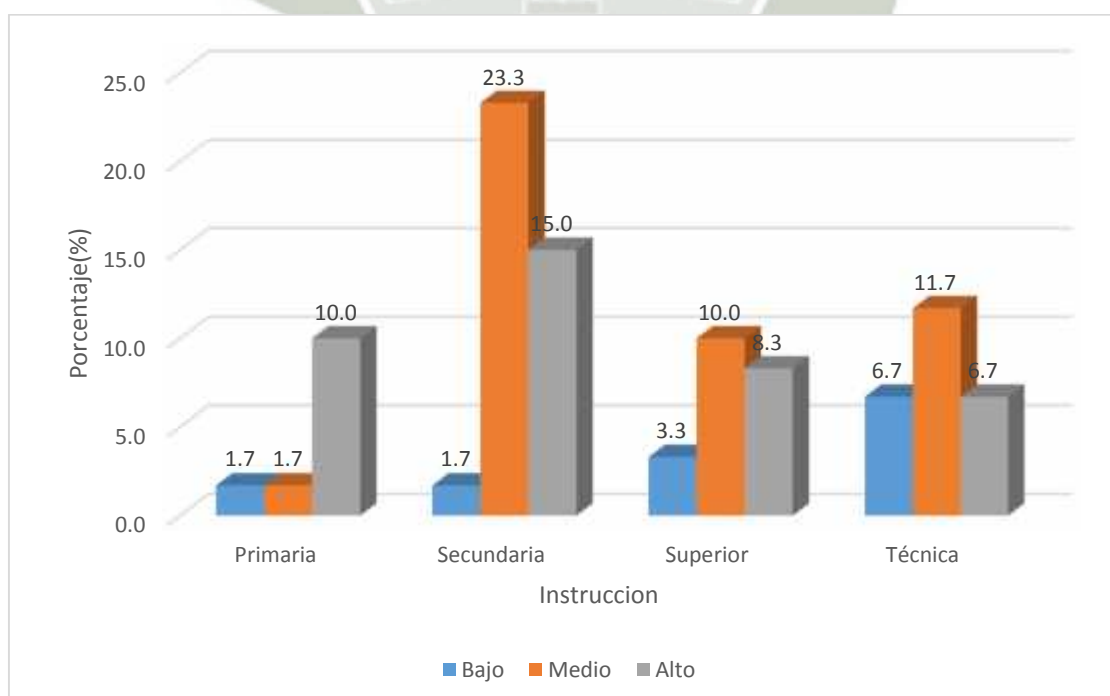


TABLA N° 19
RELACION ENTRE NIVEL DE ESTIGMA Y EL TIEMPO DE ENFERMEDAD
DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN

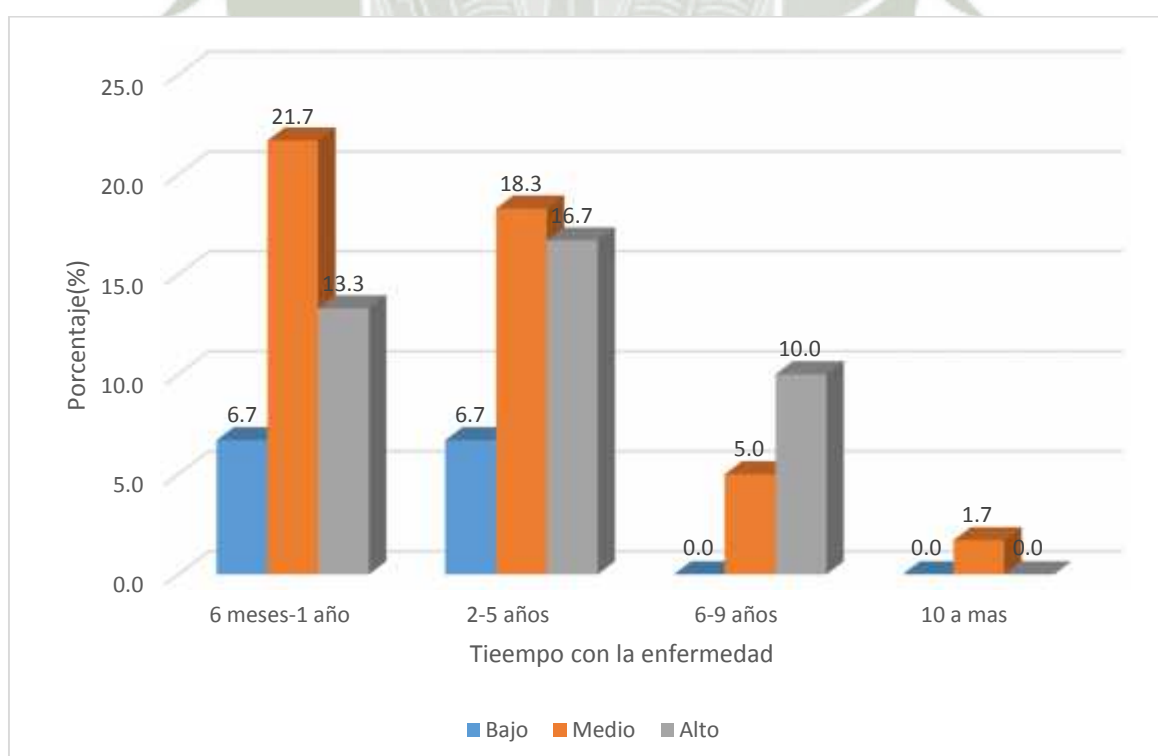
Tiempo	Estigma						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
6 meses-1 año	4	6,7	13	21,7	8	13,3	25	41,7
2-5 años	4	6,7	11	18,3	10	16,7	25	41,7
6-9 años	0	0,0	3	5,0	6	10,0	9	15,0
10 a mas	0	0,0	1	1,7	0	0,0	1	1,7
TOTAL	8	13,3	28	46,7	24	40,0	60	100

FUENTE: Instrumento aplicado por la investigadora $X^2=5.14$ $P>0.05$

La Tabla N°. 19 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=5.14$) se muestra que el nivel de estigma y el tiempo con la enfermedad no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 21.7% de los pacientes con depresión atendidos por consultorio externo del centro de salud mental Moisés Heresi con nivel medio de estigma tienen la enfermedad entre 6 meses a 1 año.

GRÁFICA N° 19





DISCUSION Y COMENTARIOS

La presente investigación fue realizada para determinar cómo repercute el estigma social en pacientes que padecen trastornos depresivos. De tal forma que se recabaron ciertos datos socio demográficos y se aplicaron escalas validadas para determinar la calidad de vida y el nivel de estigma de dichos pacientes. Posteriormente se contrastó algunos de los datos socio demográficos con las variables para determinar la significancia estadística.

Con respecto a la tabla y gráfico N°1 se muestra la edad de la población de estudio, la cual está dividida en 5 grupos etarios, los resultados muestran que un 51.7% de la población tiene entre 38-43 años, mientras que un menor porcentaje de 3.4 están en edades de entre 26-31 años.

La tabla y gráfico N° 2 muestra el sexo de los pacientes con depresión atendidos por consultorio externo, donde predomina el sexo femenino con un 55%, este resultado puede contrastarse con la literatura donde estudios indican que la mujeres tienen mayor predisposición de sufrir trastornos de depresión

En lo concerniente al lugar de procedencia; tabla y gráfico N° 3 de la población de estudio tenemos que el 38.3% provienen de la ciudad de Arequipa; con un mínimo porcentaje apenas de 8.3% provienen de Cusco; teniendo también lugares de procedencia tales como: Puno, Tacna y Moquegua.

Con respecto a la convivencia familiar, la tabla y gráfico N° 4 muestran que el 26.7% de los pacientes con depresión atendidos por consultorio externo del centro de salud mental Moisés Heresi viven solos, mientras que el 5.0% de los pacientes viven con sus madres. Esto puede deberse al diagnóstico de fondo.

En la tabla y gráfico N° 5 tenemos el estado civil de los pacientes con depresión en el que se muestra que el 56.7% de los pacientes con depresión atendidos por Consultorio Externo del Centro de Salud Mental Moisés Heresi son solteros, mientras que el 6.7% viven con otras personas.

Con respecto a la ocupación de los pacientes en la tabla y gráfico N° 6 se concluye que casi la mitad de ellos, con un 43,3% tienen un empleo, mientras que un 8.3% se encuentra en categoría de otros (trabajadores independientes).

Tabla y gráfico N° 7, grado de instrucción de los pacientes donde se muestra que el 40.0% de los pacientes tienen como grado de instrucción secundaria, mientras que el 13.3% tienen instrucción primaria.

El tiempo de enfermedad es un dato socio demográfico importante por que determina si estamos hablando de pacientes agudos o crónicos, de pacientes medicados o no y del éxito del tratamiento. En la tabla y gráfico N° 8 se puede observar que el 93.4% de los pacientes con depresión atendidos tienen un tiempo de enfermedad de entre 6-9 años, mientras que el 3.3% tiene la enfermedad de 10 años a más; por lo que se concluye que la población estudiada es crónica.

La tabla y grafico N° 9, muestran el nivel de calidad de vida de la población y los resultados muestran lo siguiente: el 81.7% de los pacientes con depresión, tienen un nivel de calidad de vida deficiente, mientras que sólo el 18.3% presentan buena calidad de vida.

En lo que respecta al nivel de estigma social de los pacientes se concluye que el 46.7% tienen un nivel de estigma medio, mientras que el 13.3% presentan un nivel de estigma bajo y un 40% presenta un nivel de estigma alto.

En la tabla y gráfica N° 11 se establece una relación entre el nivel de estigma y la calidad de vida de los pacientes donde se puede concluir que el 38.8% de pacientes con nivel de estigma medio, y el total de pacientes con nivel de estigma alto (40%) tienen una calidad de vida deficiente; por lo que se puede concluir que el nivel de estigma si influye considerablemente en la calidad de vida de las personas y esto puede repercutir en muchos ámbitos de la vida. Esta tabla presenta relación estadística significativa.

En el contraste entre calidad de vida y edad de los pacientes estudiados se muestra que el 36.8% de los pacientes con calidad de vida deficiente tienen entre 38-43 años. Y muestran relación estadística significativa.

En la tabla y gráfica N° 13 se puede observar que el 23.3% de los pacientes con calidad de vida deficiente viven solos; mientras que solo un 3.3% de los mismos viven con la madre. Esta tabla no presentó relación estadística significativa.

La tabla y el gráfico N° 14 muestra la relación entre la calidad de vida y el estado civil de los pacientes donde se ve que el 51.7% de los pacientes con depresión calidad de vida deficiente son solteros; mientras que el 6.7% de pacientes con buena calidad de vida son casados. Esta tabla si presentó relación estadística significativa.

Observando la relación entre calidad de vida y ocupación en la tabla y gráfico N° 15 se muestra que el 35.0% de los pacientes con calidad de vida deficiente son empleados. No presenta relación estadística significativa.

La tabla y gráfico N° 16 entre la calidad de vida y el tiempo de enfermedad, mostró relación estadística significativa. El 78.4% de los pacientes con calidad de vida deficiente tienen un tiempo de enfermedad entre 6-9 años. Por lo que se deduce que su calidad de vida se ve afectada por tratarse de pacientes crónicos.

Al establecer la relación entre el nivel de estigma y la ocupación de los pacientes se observa que el 20% de pacientes con nivel de estigma alto son empleados; así mismo un 20% de pacientes con nivel de estigma medio son desempleados. Esta tabla presentó relación estadística significativa. (Tabla y gráfico N° 17).

La Tabla y gráfico N° 18 muestra que el nivel de estigma y el grado de instrucción no presentaron relación estadística significativa. Asimismo se observa que el 23.3% de los pacientes con nivel medio de estigma tienen instrucción secundaria.

Finalmente en la tabla y gráfico N° 19 la cual no presentó relación estadística significativa; muestra que el 21.7% de los pacientes con nivel medio de estigma tienen la enfermedad entre 6 meses a 1 año; mientras que el 16.7% con nivel de estigma alto tienen un tiempo de enfermedad de 2-5 años.



CAPITULO III

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

PRIMERA : Los resultados muestran que la mayor parte de pacientes se encuentran entre las edades de 38 a 43 años, en su mayoría de género femenino, proceden de la ciudad de Arequipa, viven solos y son de estado civil solteros, con un tiempo de enfermedad entre 6 a 9 años.

El nivel de estigma encontrado en la población de estudio es de nivel medio, seguido por el nivel alto de estigma

SEGUNDA : La calidad de vida encontrada en la población de estudio es: calidad de vida deficiente siguiendo la calidad de vida en el nivel de bueno

TERCERA : La repercusión encontrada entre calidad de vida y estigma refleja que existe relación significativa entre ambas variables; además la calidad de vida tiene relación significativa con la edad, el estado civil y el tiempo de enfermedad. Mientras que también hay significancia entre el nivel de estigma y la ocupación.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al Director del Centro de Salud Mental Moisés Heresi que coordine con el equipo multidisciplinario para seguir incentivando los programas de promoción de la salud mental, así como el programa de salud pública para detectar y realizar seguimiento a pacientes con trastornos mentales.
- A la dirección del Centro de Salud Mental Moisés Heresi realizar programas tendientes a disminuir el nivel de estigma a través de la concientización de los familiares de los pacientes que se atienden en la institución.
- Incentivar estilos de vida saludable, entrenamiento de habilidades psicosociales, técnicas de relajación y otras estrategias de afrontamiento.
- Promover la creación de grupos de apoyo que ayuden a mejorar la capacidad de afrontamiento ante situaciones de estigma.

PROPUESTA

1. TITULO

“Taller de auto ayuda para mejorar la calidad de vida frente al estigma en pacientes diagnosticados con depresión en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi – Arequipa”

2. JUSTIFICACION

La depresión es un síntoma que aqueja a la mayoría de personas independientemente de la edad, el paciente con depresión se deja llevar por la tristeza, por el deseo de sentirse abandonado y tienden al suicidio creyendo que todo les sale mal.

De los 600 pacientes que atiende al mes el Centro de Salud Mental Moisés Heresi (CSMMH), poco menos de la mitad son jóvenes con diagnóstico de depresión. Una de las causas más frecuentes es la disfunción familiar y la insatisfacción de necesidades.

Un gran obstáculo no solo en la depresión, si no en la mayoría de trastornos mentales es el estigma social que sufren los pacientes y esto a su vez conlleva a muchos problemas, el objetivo de éste taller es motivar y fortalecer estrategias de afrontamiento para evitar que el estigma sea internalizado y afecte otras esferas de la vida.

3. OBJETIVOS

- Disminuir el nivel de estigma en pacientes diagnosticados con depresión.
- Mejorar la calidad de vida en pacientes que sufren o han sufrido de estigma social.
- Fortalecer estrategias de afrontamiento frente a la enfermedad y al estigma ligado a ella.

4. EJECUCION

ACCION	ESTRATEGIA	OBJETIVO
Compartir experiencias de rechazo y desarrollar forma de afrontamiento	Afrontamiento del estigma	Reducir el impacto del estigma en la calidad de vida
Entrenamiento de habilidades de comunicación y de auto-control emocional	Entrenamiento de habilidades para afrontar el estigma	
Reestructurar creencias erróneas sobre la magnitud del estigma	Definir características y consecuencias	
Sesiones psicoterapéuticas a cargo de especialistas	Disminuir la internalización del estigma	

5. RECURSOS

5.1. Recursos Humanos:

- Dirección del Centro de Salud Mental
- Especialistas médicos
- Personal de enfermería
- Psicólogos

5.2. Recursos Físicos

Infraestructura y ambientes del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

5.3. Recursos Económicos

El presupuesto para financiar el taller provendrá de dos fuentes:

- Fondos internos, derivados del presupuesto institucional, para acciones de Salud Pública.
- Fondos externos, asumidos por el investigador.

6. CRONOGRAMA

ETAPAS	2017	2018	2019
Diseño de la propuesta			
Aprobación			
Ejecución			
Evaluación			

BIBLIOGRAFIA

- Chuaqui J. El estigma en la esquizofrenia. II volumen. Ediciones Cien Soc Online. Chile: Universidad Viña del Mar; 2005.
- Badallo C .Adrian. “Estigma y salud mental”. España: Editorial Grupo 5; 2012.
- Rubio J.Angel. “Fundamentos de Psiquiatria”. España: Editorial Madrid; 2013.
- Bertolin G. Jose Manuel. “Conciencia plena y salud mental”. España: Editorial Triacastela; 2013.
- Goffman Erving I. Stigma, notes on the management of spoiled identity. New Jersey: Prentice Hall Englewood Cliffs; 2011.
- Dinos S, Stevens S, Serfaty M, Weich S et al. Stigma. The feelings and experiences of 46 people with mental illnes. Wahington, DC: American Psichiatric Press; 2012.
- Toro Ricardo. “Manual de Psiquiatría”. 3ra edición. Medellín: Editorial Búho; 2009.
- Ramos Bernal A. Stop al estigma de la salud mental. Editorial Club Universitario. 2010
- Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor; 2011.

- Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008.
- Casas Frida. Calidad de vida y calidad humana. Revista Papeles del Psicólogo. Madrid: Editorial Marcan; 2009.
- Cummins, R. Quality of Life Definition and Terminology: A Discussion Document from the International Society for Quality of Life Studies. Blacksburg, Virginia: The International Society for Quality-of-Life Studies; 2011.
- Cummins, R. & Cahill J. Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva. En Intervención psicosocial. Revista sobre igualdad y calidad de vida. Vol. 9. Madrid: 2009.

FUENTES DE REFERENCIA:

- Salud mental y derechos. Humanos. Peru. 2011. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/16_informe_defensorial_140.pdf
- El estigma de la depresión. Peru 2017. Disponible en: <http://www.efesalud.com/depresion-estigma-fingir>
- Estigma y enfermedad mental. España. 2009. Disponible en: <http://biblioteca.ucm.es/ecsa/9788474919806.pdf>

- Estudio epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao – replicación. Perú. 2012. Disponible en:
<http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20asm%20-eesm%20-lm.pdf>
- Estigma y enfermedad mental: Un punto de vista histórico social. Peru. 2009. Disponible en:
<http://www.hhv.gob.pe/revista/2005/4%20ESTIGMA%20Y%20ENFERMEDAD%20MENTAL.pdf>
- RPP NOTICIAS. PERU 2017. Disponible en:
<http://rpp.pe/peru/actualidad/arequipa-en-20-aumento-pacientes-con-depresion-en-centro-moises-heresi-noticia-545641>
- OMS Nota Descriptiva depresión. España. Febrero 2017. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Escala de calidad de vida para la depresión. Disponible en:
<https://es.scribd.com/document/246235187/Escala-de-Calidad-de-Vida-Para-La-Depresion-QLDS>
- Banco de instrumentos para la práctica clínica de la psiquiatría clínica
https://www.academia.edu/20277438/Banco_de_instrumentos_basicos_para_la_practica_de_la_psiquiatria_clinica

ANEXOS





ANEXO N° 1

INSTRUMENTOS

Ficha de recolección de datos Escala de Estigma de King et al. Versión en español

Instrucciones: Lea cuidadosamente los siguientes enunciados y elija en qué proporción está de acuerdo o en desacuerdo con que esto le sucede a usted

Enunciado	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1 He sido discriminado en mi vida escolar (primaria, secundaria, preparatoria o profesional), debido a mis problemas de salud mental.					
2 Algunas veces siento que se me da por mi lado debido a mis problemas de salud mental.					
3 El haber tenido problemas de salud mental me ha convertido en una persona más comprensiva.					
4 No me siento mal por haber tenido problemas de salud mental.					
5 Me preocupa decirle a la gente que recibo tratamiento psicológico.					
6 Algunas personas con problemas de salud mental son peligrosas.					
7 La gente ha sido comprensiva con mis problemas de salud mental.					
8 He sido discriminado por la policía debido a mis problemas de salud mental.					
9 He sido discriminado por mis patrones o jefes en el trabajo debido a mis problemas de salud mental.					
10 Mis problemas de salud mental me han convertido en alguien que acepta mejor a los demás.					
11 Con mucha frecuencia me siento solo debido a mis problemas de salud mental.					
12 Me asusta cómo reaccionarán los demás si se enteran que tengo problemas de salud mental.					
13 Habría tenido mejores posibilidades en la vida si no tuviese problemas de salud mental.					
14 No me preocupa que la gente de mi vecindario sepa que he tenido problemas de salud mental.					
15 Diría que he tenido problemas de salud mental cuando estoy solicitando un trabajo o empleo.					
16 Me preocupa decirle a la gente que tomo medicamentos o tabletas para mis problemas de salud mental.					
17 Las reacciones de la gente hacia mis problemas de salud mental me hacen callarme cosas para mi mismo.					
18 Estoy enojado con la manera en que la gente ha reaccionado a mis problemas de salud mental.					
19 No he tenido ningún problema con los demás debido a mis problemas de salud mental.					
20 He sido discriminado por profesionales de la salud debido a mis problemas de salud mental.					
21 La gente me ha evitado debido a mis problemas de salud mental.					
22 La gente me ha insultado debido a mis problemas de salud mental.					
23 Haber tenido problemas de salud mental me ha convertido en una persona más fuerte.					
24 No me siento avergonzado debido a mis problemas de salud mental.					
25 Evito decirle a la gente acerca de mis problemas de salud mental.					
26 Haber tenido problemas de salud mental me hace sentir que la vida es injusta.					
27 Siento la necesidad de esconder a mis amigos mis problemas de salud mental.					
28 Se me hace difícil decirle a la gente que tengo problemas de salud mental.					

Escala de Calidad de Vida para la Depresión (Quality of Life Depression Scale, QLDS)

Por favor, piense en cómo se siente en este momento. A continuación lea las siguientes cuestiones. Cada cuestión tiene dos respuestas posibles. Marque la respuesta con la que más se identifique.

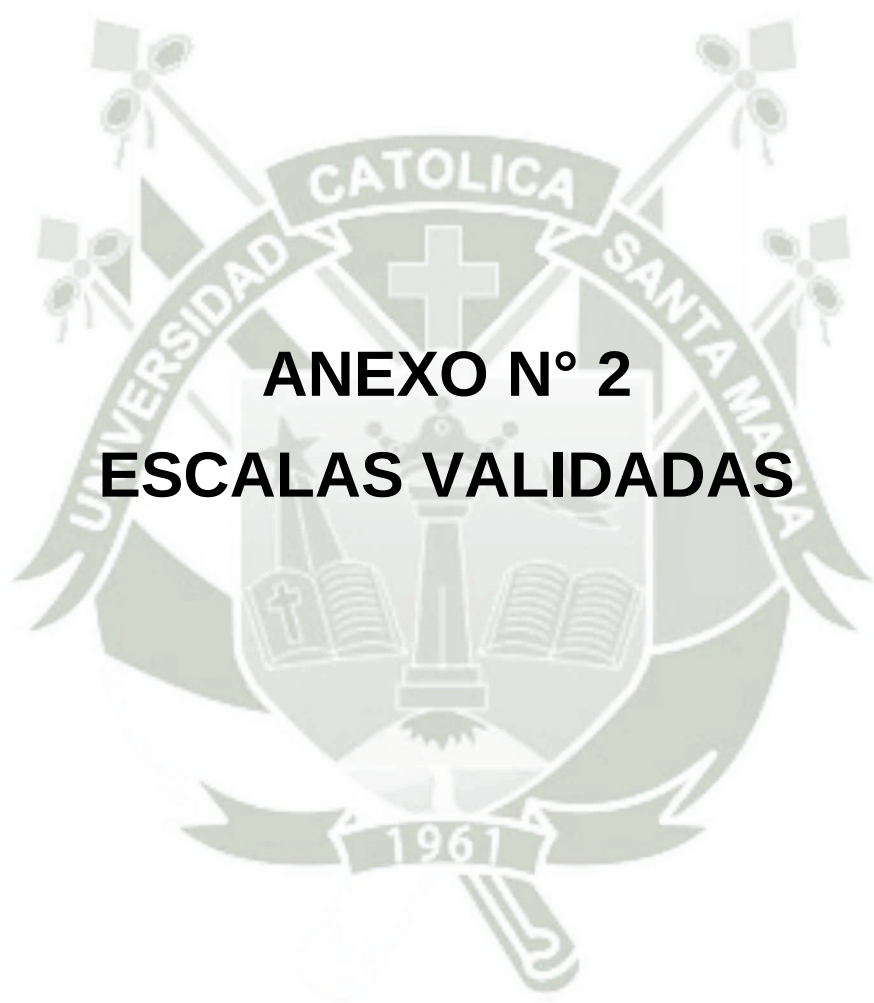
Si no está seguro, señale la respuesta que más se parezca a cómo se siente usted en este momento.

Por favor, asegúrese de contestar todas las cuestiones.

1. Sólo quiero que pase el tiempo	Sí ☐ No ☐
2. Tengo esperanza en el futuro	Sí ☐ No ☐
3. Me cuesta mantener una conversación	Sí ☐ No ☐
4. Me gusta estar al corriente de las cosas	Sí ☐ No ☐
5. Siento que mi vida se está perdiendo	Sí ☐ No ☐
6. Siento como si no controlara mi vida	Verdadero ☐ Falso ☐
7. Me cuesta salir de casa	Sí ☐ No ☐
8. En general, disfruto con lo que hago	Sí ☐ No ☐
9. Le he perdido el gusto a la vida	Sí ☐ No ☐
10. Siento que no aportó nada a los demás	Verdadero ☐ Falso ☐
11. No puedo abrirme a la gente que quiero	Verdadero ☐ Falso ☐
12. Atiendo mis necesidades (aseo, alimentación, descanso, etc.)	Sí ☐ No ☐
13. Soy capaz de pensar en el futuro	Sí ☐ No ☐
14. Sólo quiero pasar desapercibido/a	Sí ☐ No ☐
15. Hay cosas que me ilusionan	Sí ☐ No ☐
16. Ya no me divierte nada	Verdadero ☐ Falso ☐
17. No me ocupo de mis amigos	Verdadero ☐ Falso ☐
18. No me cuesta hacer mis tareas diarias	Verdadero ☐ Falso ☐
19. Me aislo de la gente	Sí ☐ No ☐
20. Me cuesta decidir hasta en lo más sencillo	Sí ☐ No ☐
21. Me siento una carga para los demás	Sí ☐ No ☐
22. La mayor parte del tiempo estoy como ausente, con la mirada perdida	Sí ☐ No ☐

23. Me cuesta el trato con los demás	Sí ☐ No ☐
24. Me encierro en mí mismo/a	Sí ☐ No ☐
25. Descuido mi aspecto	Sí ☐ No ☐
26. Puedo ver el lado divertido de las cosas	Sí ☐ No ☐
27. No me entero de lo que me dice la gente	Verdadero ☐ Falso ☐
28. Creo que decepciono a todo el mundo	Sí ☐ No ☐
29. Me agobia cada nuevo día	Sí ☐ No ☐
30. Disfruto de la comida	Sí ☐ No ☐
31. Trato de evitar a la gente	Sí ☐ No ☐
32. Soy reacio/a a contestar al teléfono y abrir la puerta	Sí ☐ No ☐
33. Mi vida no tiene sentido	Verdadero ☐ Falso ☐
34. Soy capaz de afrontar los problemas cotidianos	Sí ☐ No ☐
Gracias por cumplimentar este cuestionario. Por favor, compruebe que ha contestado a todas las cuestiones.	
Puntuación global _____ ☐ ☐	





ANEXO N° 2

ESCALAS VALIDADAS

ESCALA DE KING

La escala de King es un instrumento auto- aplicable desarrollado por King y cols. (2007), diseñado para medir el nivel de estigma internalizado en el paciente psiquiátrico. Consta de 28 ítems los cuales se dividen en 3 sub escalas: discriminación, divulgación y aspectos positivos de la enfermedad, cada ítem se evalúa en una escala tipo Likert con 5 grados de respuesta que van de 1 (totalmente de acuerdo) a 5 (totalmente en desacuerdo). La prueba se corrige a partir de la suma de las puntuaciones; a mayor puntaje total, más alto es el nivel de estigma internalizado en el paciente. A partir del puntaje final podemos concluir que el nivel de estigma en pacientes psiquiátricos puede ser: Alto, medio y bajo.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
Estigma internalizado	Discriminación	Reacciones negativas de otras personas	1, 11, 18, 21, 22, 26
		Actos de discriminación realizados por profesionales de la salud	20
		Actos de discriminación realizados por empresarios	9, 13
		Actos de discriminación realizados por policías	8
	Divulgación	Vergüenza	12, 16
		Temor a divulgar	5, 25
		Manejo de información acerca de la enfermedad para evitar la discriminación	17, 27, 28
	Aspectos positivos	Aceptación de la enfermedad	3, 4, 6, 10, 14, 15, 23
		Percepción de los sujetos menos afectada por el estigma	7, 19, 24

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA PARA LA DEPRESION

Escala de calidad de vida para la depresión: QLDS (Quality of Life Depression Scale), cuyos autores son S.M. Hunt, S.P. McKenn.

Consta de 34 ítems de respuesta dicotómica: si o no. Proporciona una puntuación global que oscila entre 0 y 34, y que es la suma de las puntuaciones en los 34 ítems. A las respuestas marcadas por el paciente que indiquen un deterioro de la calidad de vida, se les otorga 1 punto. Estas respuestas son:

- Respuestas afirmativas, si o verdadero en los ítems: 1,3,5,6,7,9,10,11,14,16,17,19,25,27,29,31,33.
- Respuestas negativas, no o falso en los demás ítems.

Las respuestas contrarias a las anteriores valen 0 puntos. A mayor puntuación, peor calidad de vida.



ANEXO N° 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El que suscribe _____ hace constar que da su consentimiento expreso para ser unidad de estudio en la investigación que presenta la Lic. **CYNTHIA YRELA PINTO ALEMAN**, egresada de la Maestría en Enfermería, titulada: **REPERCUSION DEL ESTIGMA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DEPRESION ATENDIDOS POR CONSULTORIO EXTERNO DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI - AREQUIPA, 2017**, con fines de obtención del Grado Académico de Maestro en Enfermería. Declaro que, como sujeto de investigación, he sido informado exhaustiva y objetivamente sobre la naturaleza, los objetivos, los alcances, fines y resultados del presente estudio. Asimismo, he sido informado convenientemente sobre los derechos que como unidad de estudio me asisten, en lo que respecta a los principios de beneficencia, privacidad, anonimato y confidencialidad de la información brindada, trato justo y digno; antes, durante y posterior a la investigación. En fe de lo expresado anteriormente y como prueba de la aceptación consciente y voluntaria de las premisas establecidas en este documento, firmamos:

Arequipa,.....

Investigador

Investigado(a)

ANEXO N° 4
MATRIZ DE SISTEMATIZACION DE
DATOS

ID	EDAD	SEXO	PROCEDENCIA	CONVIVENCIA	ESTADO CIVIL	OCUPACION	INSTRUCCIÓN	TIEMPO ENFERMEDAD	CALIDAD	ESTIGMA
1	32-37	Femenino	Arequipa	Solo	Casado	Desempleado	Secundaria	2-5 años	Deficiente	Medio
2	43 a mas	Masculino	Tacna	Otros familiares	Casado	Desempleado	Tecnica	2-5 años	Deficiente	Medio
3	20-25	Femenino	Moquegua	Solo	Soltero	Empleado	Tecnica	2-5 años	Deficiente	Medio
4	26-31	Femenino	Tacna	Madre	Soltero	Desempleado	Secundaria	6 meses-1 año	Deficiente	Medio
5	26-31	Femenino	Puno	Ambos padres	Soltero	Empleado	Superior	6 meses-1 año	Deficiente	Medio
6	26-31	Masculino	Cusco	Otros familiares	Viudo	Desempleado	Tecnica	6 meses-1 año	Buena	Medio
7	38-43	Masculino	Arequipa	Solo	Soltero	Desempleado	Tecnica	6 meses-1 año	Deficiente	Medio
8	20-25	Femenino	Arequipa	Ambos padres	Soltero	Otros	Superior	6 meses-1 año	Deficiente	Medio
9	38-43	Femenino	Moquegua	Madre	Soltero	Empleado	Superior	2-5 años	Deficiente	Medio
10	38-43	Femenino	Moquegua	Madre	Soltero	Desempleado	Secundaria	6-9 años	Deficiente	Medio
11	32-37	Masculino	Tacna	Solo	Viudo	Empleado	Superior	6 meses-1 año	Deficiente	Medio
12	38-43	Femenino	Cusco	Otros familiares	Soltero	Empleado	Secundaria	2-5 años	Deficiente	Medio
13	38-43	Masculino	Arequipa	Solo	Soltero	Obrero	Primaria	6 meses-1 año	Deficiente	Medio
14	20-25	Femenino	Arequipa	Solo	Soltero	Desempleado	Secundaria	6-9 años	Deficiente	Medio
15	26-31	Masculino	Puno	Madre	Soltero	Obrero	Secundaria	2-5 años	Buena	Medio
16	38-43	Femenino	Arequipa	Madre	Soltero	Desempleado	Tecnica	6-9 años	Deficiente	Medio
17	38-43	Masculino	Arequipa	Ambos padres	Viudo	Empleado	Tecnica	6-9 años	Buena	Medio
18	38-43	Femenino	Moquegua	Solo	Soltero	Empleado	Secundaria	6 meses-1 año	Buena	Medio
19	20-25	Femenino	Cusco	Ambos padres	Soltero	Desempleado	Secundaria	6-9 años	Buena	Medio
20	26-31	Femenino	Arequipa	Ambos padres	Casado	Empleado	Tecnica	6-9 años	Deficiente	Bajo
21	20-25	Masculino	Tacna	Solo	Soltero	Obrero	Primaria	6-9 años	Deficiente	Bajo
22	26-31	Femenino	Tacna	Ambos padres	Otros	Empleado	Tecnica	6-9 años	Buena	Bajo
23	38-43	Masculino	Puno	Conyuge	Casado	Obrero	Secundaria	2-5 años	Buena	Bajo

24	38-43	Masculino	Arequipa	Conyuge	Casado	Otros	Tecnica	6-9 años	Buena	Bajo
25	43 a mas	Femenino	Arequipa	Solo	Viudo	Empleado	Superior	2-5 años	Buena	Bajo
26	38-43	Femenino	Arequipa	Conyuge	Casado	Otros	Superior	2-5 años	Buena	Bajo
27	38-43	Femenino	Puno	Conyuge	Casado	Empleado	Tecnica	2-5 años	Buena	Bajo
28	38-43	Femenino	Arequipa	Conyuge	Casado	Empleado	Secundaria	6-9 años	Deficiente	Alto
29	26-31	Masculino	Puno	Solo	Soltero	Empleado	Secundaria	2-5 años	Deficiente	Medio
30	38-43	Masculino	Tacna	Otros familiares	Soltero	Otros	Superior	10 a mas	Deficiente	Medio
31	43 a mas	Masculino	Arequipa	Solo	Soltero	Empleado	Secundaria	6-9 años	Deficiente	Medio
32	32-37	Masculino	Arequipa	Ambos padres	Soltero	Obrero	Tecnica	2-5 años	Deficiente	Medio
33	26-31	Femenino	Arequipa	Ambos padres	Soltero	Empleado	Superior	6-9 años	Deficiente	Medio
34	26-31	Femenino	Puno	Madre	Soltero	Desempleado	Secundaria	2-5 años	Deficiente	Medio
35	43 a mas	Femenino	Arequipa	Madre	Soltero	Obrero	Secundaria	6-9 años	Deficiente	Medio
36	20-25	Femenino	Puno	Ambos padres	Soltero	Desempleado	Secundaria	2-5 años	Deficiente	Medio
37	43 a mas	Femenino	Puno	Conyuge	Casado	Desempleado	Secundaria	2-5 años	Deficiente	Medio
38	20-25	Femenino	Puno	Otros familiares	Soltero	Desempleado	Primaria	6-9 años	Deficiente	Alto
39	32-37	Femenino	Arequipa	Ambos padres	Soltero	Empleado	Superior	2-5 años	Deficiente	Alto
40	38-43	Masculino	Arequipa	Conyuge	Casado	Empleado	Superior	6-9 años	Deficiente	Alto
41	32-37	Masculino	Puno	Solo	Soltero	Obrero	Secundaria	6-9 años	Deficiente	Alto
42	32-37	Femenino	Arequipa	Conyuge	Casado	Obrero	Tecnica	6-9 años	Deficiente	Alto
43	20-25	Masculino	Puno	Conyuge	Casado	Obrero	Primaria	2-5 años	Deficiente	Alto
44	38-43	Masculino	Arequipa	Solo	Casado	Obrero	Primaria	2-5 años	Deficiente	Alto
45	26-31	Masculino	Tacna	Madre	Otros	Obrero	Primaria	2-5 años	Deficiente	Alto
46	32-37	Femenino	Puno	Otros familiares	Soltero	Empleado	Secundaria	2-5 años	Deficiente	Alto
47	32-37	Masculino	Moquegua	Otros familiares	Soltero	Desempleado	Secundaria	6-9 años	Deficiente	Alto

48	43 a mas	Masculino	Arequipa	Conyuge	Casado	Empleado	Secundaria	2-5 años	Deficiente	Alto
49	26-31	Masculino	Puno	Solo	Soltero	Empleado	Secundaria	2-5 años	Deficiente	Alto
50	32-37	Femenino	Puno	Conyuge	Casado	Empleado	Tecnica	2-5 años	Deficiente	Alto
51	20-25	Femenino	Arequipa	Ambos padres	Soltero	Empleado	Superior	6-9 años	Deficiente	Alto
52	20-25	Masculino	Cusco	Madre	Otros	Desempleado	Tecnica	6-9 años	Deficiente	Alto
53	26-31	Femenino	Puno	Solo	Otros	Otros	Primaria	6-9 años	Deficiente	Alto
54	43 a mas	Masculino	Moquegua	Ambos padres	Viudo	Obrero	Primaria	6-9 años	Deficiente	Alto
55	26-31	Femenino	Tacna	Conyuge	Casado	Obrero	Secundaria	2-5 años	Deficiente	Alto
56	20-25	Femenino	Puno	Solo	Soltero	Empleado	Superior	6-9 años	Deficiente	Alto
57	26-31	Femenino	Cusco	Otros familiares	Soltero	Empleado	Superior	6-9 años	Deficiente	Alto
58	26-31	Masculino	Puno	Ambos padres	Soltero	Obrero	Secundaria	6-9 años	Deficiente	Alto
59	32-37	Masculino	Arequipa	Madre	Soltero	Empleado	Secundaria	2-5 años	Deficiente	Alto
60	43 a mas	Masculino	Tacna	Conyuge	Casado	Empleado	Tecnica	6-9 años	Deficiente	Alto



ANEXO N° 5

PROYECTO DE TESIS

Universidad Católica de Santa María

Escuela de Postgrado

Maestría en Enfermería



**REPERCUSIÓN DEL ESTIGMA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS
PACIENTES CON DEPRESIÓN ATENDIDOS POR CONSULTORIO
EXTERNO DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI –
AREQUIPA 2017**

**Proyecto de tesis presentado por la
Bachiller**

CYNTHIA YRELA PINTO ALEMÁN

**Para optar el Grado académico de
Maestro en Enfermería**

Asesora:

Mgter. Anchante Hernández, Elva

**AREQUIPA- PERÚ
2017**

I. PREAMBULO

Las personas con enfermedades mentales frecuentemente tienen que enfrentarse a un doble problema, por un lado a los síntomas propios de la enfermedad, y por otro al estigma que ésta pueda provocar.

El estigma; considerado como una “marca” que constituye una deshonra y que provoca rechazo social tiene una gran influencia en la calidad de vida de quien lo sufre; es por eso que el estigma es un fenómeno complejo, ya que el impacto se da no solo el individuo y en sus familias; si no también en su desempeño social, laboral y personal.

Las personas con enfermedad mental sufren las consecuencias del poco conocimiento que la sociedad tiene hacia las enfermedades mentales, sintiéndose excluidos socialmente. Éste prejuicio genera en muchos casos las dificultades de integración social y laboral de estas personas; así como la existencia de barreras sociales que incrementan el riesgo de aislamiento y marginación por parte de quien padece un trastorno mental.

Por eso, es de gran importancia una atención integral a las personas con enfermedad mental; esto quiere decir que no sólo se deben cubrir las necesidades de apoyo y soporte, sino también establecer acciones que disminuyan o eliminen las consecuencias negativas del estigma, que cae sobre ellas y repercute en su calidad de vida.

El interés por la calidad de vida en el campo de los trastornos mentales y del comportamiento ha evolucionado a lo largo del tiempo, ya que antes los estudios se centraban en las enfermedades mentales crónicas, generalmente las esquizofrenias. Sin embargo, actualmente se está dando mayor interés a los trastornos de ansiedad y a los depresivos, aunque todavía son muy pocos los estudios realizados en estas áreas.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

Repercusión del estigma en la calidad de vida de los pacientes con depresión atendidos por Consultorio Externo del Centro de Salud Mental Moisés Heresi – Arequipa 2017

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

a. Área de conocimiento:

Campo : Ciencias de la Salud

Área : Enfermería en Salud Mental

Línea : Estigma

b. Análisis y Operacionalización de variables:

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS	Edad	De 20 – 25 años De 26 – 31 años De 32 – 37 años De 38 – 43 años De 44 a más
	Genero	Masculino Femenino
	Lugar de Procedencia	Arequipa Puno Cuzco Tacna Moquegua
	Convivencia familiar	Con ambos padres Con padre Con madre Con otros familiares Solo Conyugue
	Estado civil	Soltero Casado Viudo Divorciado
	Ocupación	Empleado Obrero desempleado Otros
	Grado de instrucción	Primaria Secundaria Superior Técnica
	Tiempo de enfermedad	6 meses – 1 año 2-5 años 6-9 años 10 a más

VARIABLE	INDICADOR	SUB INDICADOR
ESTIGMA Desaprobación social severa de características personales que son percibidas como contrarias a las normas culturales establecidas.	- Dimensión de discriminación - Dimensión de divulgación - Dimensión de aspectos positivos	Nivel de estigma alto Nivel de estigma medio Nivel de estigma bajo
CALIDAD DE VIDA Se entiende por calidad de vida el nivel de ingresos y comodidades de una persona, una familia o un colectivo	Desesperanza Ansiedad Inseguridad Aislamiento Anhedonia	Buena calidad de vida Deficiente calidad de vida

c. Interrogantes básicas:

- ¿Cuál es el estigma internalizado de los pacientes con depresión del Centro de Salud Mental Moisés Heresi?
- ¿Cómo es la calidad de vida de los pacientes con depresión del Centro de Salud Mental Moisés Heresi?
- ¿Cuál es la repercusión del estigma internalizado en la calidad de vida de los pacientes con depresión del Centro de Salud Mental Moisés Heresi?

d. Tipo y Nivel de investigación:

Investigación de campo, descriptivo explicativo, corte transversal

1.3.JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:

Según la OMS cada año se quitan la vida 800 mil personas en el mundo. Ésta suma supera a las cifras de decesos por homicidios, conflictos bélicos y desastres naturales juntas, y se estima que la depresión será en unos años la segunda causa de morbilidad.

Las consecuencias inmediatas de quien sufre una enfermedad psiquiátrica, son el ocultamiento de la enfermedad de parte del paciente y de la familia. El paciente sin lugar a dudas es quien sufre directamente el peso del estigma, al ser separado de sus grupos de pertenencia se alteran sus relaciones sociales y poco a poco queda aislado, es así que al trauma de experimentar el trastorno mental, se suma la experiencia negativa de la marginación, afectando cada vez su autoestima.

Según las estadísticas del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, el 80% de los 334 casos de suicidios presentados en el país el año pasado tuvo su origen en problemas de ánimo y depresión.

"De cada 20 personas mayores de 15 años, una se deprime al año; de cada 20 personas con episodio de depresión, una intenta suicidarse; y de cada 20 intentos de suicidio, uno llega a consumarse".

El estigma ligado a la enfermedad mental y a la discriminación representa un gran obstáculo para el desarrollo de los programas de salud mental; así como para el diagnóstico oportuno de la enfermedad; ya que el ocultamiento de la misma agravará la situación de quien la padece. Además del estigma en los pacientes; se suma otro problema: el déficit de especialistas en salud mental; en el país existen lugares donde no se cuenta con psiquiatras, ya que no se le da la debida importancia a la salud mental.

Este estudio es viable y factible ya que se cuenta el apoyo de la institución donde se va a realizar la investigación; tiene relevancia humana porque empleará estrategias para disminuir la estigmatización del enfermo mental. Tiene relevancia científica ya que aporta nuevos conocimientos, así como estrategias de afrontamiento para la enfermedad y permite conocer la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de depresión. Relevancia social; porque a través de este estudio se pretende lograr cambios en la comunidad y romper "creencias" de que una persona con un trastorno mental no puede desarrollarse con normalidad en la sociedad, así como respetar la dignidad del paciente con enfermedad mental.

La motivación e interés personal de realizar esta investigación fue debido a que en el ejercicio profesional, observe que en algunos casos pacientes o su familia ocultan o se niegan a reconocer su enfermedad por temor a ser discriminados.

2. MARCO CONCEPTUAL

Los trastornos mentales constituyen un gran reto y una prioridad para la salud pública, ya que son causas importante de morbilidad produciendo no solo una considerable discapacidad, si no también muchos casos de deserción laboral. Las enfermedades mentales son de larga evolución de inicio generalmente en la adolescencia tardía o adultez temprana con remisiones y recurrencias que ocasionan un gran impacto en el funcionamiento personal, familiar, social y laboral del individuo.

En el Perú en el año 2012 la ansiedad y depresión son los males centrales, solo en el primer semestre de ese año se atendieron 267 mil casos, según estadísticas de la dirección de salud mental del Minsa.¹

Los casos de trastorno ansioso diagnosticado suman 97, 604, mientras que los trastornos afectivos suman 74,238 de estos últimos 70,137 correspondieron a depresiones.

2.1. Estigma y Tipos de Estigma

La palabra estigma es utilizada para referirse a un atributo desacreditador.

El estigma conlleva una doble perspectiva: los que son estigmatizados porque su calidad de diferente es conocida o resulta evidente como en el caso de marcas en el cuerpo, alguna discapacidad o deficiencia; y la

¹ Salud mental y derechos. Humanos. Perú. 2011. Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/16_informe_defensorial_140.pdf

de los que podrían ser víctimas de estigma; cuya diferencia no es conocida ni inmediatamente perceptible.

Goffman habla de tres tipos de estigmas: las deformaciones físicas; los defectos del carácter que se perciben como falta de voluntad, deshonestidad, etc. Y los que se refieren a enfermedades mentales, adicciones, homosexualidad, desempleo; estigmas de raza, religión, susceptibles de ser transmitidos por herencia.

En todos los casos se encuentran los mismos rasgos sociológicos: un individuo que podía haber sido fácilmente aceptado en el ámbito social y que posee un rasgo que puede imponerse por la fuerza a nuestra atención y que nos lleva a alejarnos de él cuando lo encontramos.

Goffman llama normales a aquellos que no se apartan negativamente de las expectativas particulares. Los normales consideran que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana y en función de eso practican diversos tipos de discriminación. Además, el individuo estigmatizado tiende a sostener las mismas creencias que los normales y esto es un hecho fundamental. La sensación de ser una persona normal, un individuo que merece una oportunidad justa puede ser uno de sus más profundos sentimientos acerca de su identidad.²

Pero a pesar de ello es posible que perciba que los otros no lo aceptan realmente ni están dispuestos a establecer contacto con él en igualdad de condiciones. La vergüenza se convierte en una posibilidad y es

² Goffman Erving I. Stigma, notes on the management of spoiled identity. New Jersey: Prentice Hall Englewood Cliffs; 2011.

probable que el individuo pueda llegar a odiarse y denigrarse a sí mismo cuando está solo frente al espejo.

2.1.1. Estigma en Pacientes con depresión

A pesar de que la depresión es una enfermedad mental muy frecuente, sigue estando estigmatizada. De hecho, muchos pacientes con esta enfermedad creen que se puede fingir y ocultarla, y por el contrario esto puede tener resultados muy negativos ya que no se dará un diagnóstico temprano y mucho menos un tratamiento oportuno; además sabemos por estadísticas que muchos de los casos de depresión terminan en suicidio y con un buen diagnóstico se podrían evitar muchas muertes.

La depresión no es solo un trastorno del estado de ánimo, sino una enfermedad mental compleja y multidimensional frecuente en todo el mundo. Entre sus síntomas, destacan: los afectivos (tristeza, ansiedad, irritabilidad, bajo estado de ánimo y anhedonia), los cognitivos (déficit de atención y concentración, de memoria, de toma de decisiones y planificación) y los somáticos (fatiga, cambios en el apetito y el peso, alteraciones del sueño, cefaleas).

Se estima que entre el 30% y el 50% de los pacientes con depresión no están diagnosticados y a pesar de la existencia de tratamientos eficaces, al menos el 75% de las personas que sufren un trastorno

depresivo mayor en el mundo no reciben el tratamiento adecuado, según la OMS.³

2.2.MODELOS TEORICOS QUE EXPLICAN EL PROCESO DE ESTIGMATIZACIÓN

Se han planteado algunos modelos teóricos con la finalidad de comprender y explicar los procesos de estigmatización que sufren las personas que padecen una enfermedad mental.

2.2.1. MODELOS SOCIOLÓGICOS

La sociología ha contribuido considerablemente en la investigación acerca del estigma en la enfermedad mental y su enfoque está representado por la denominada “teoría del etiquetado”. Ésta teoría considera que una etiqueta psiquiátrica establece una serie de modelos o patrones culturales e imágenes negativas sobre la enfermedad mental y que son aplicados al individuo que la padece, por parte de los demás pero también por la propia persona. Estas imágenes devalúan a las personas con enfermedades mentales y acaban provocando su discriminación. Al final, es la etiqueta, más que el comportamiento de la persona, lo que determina las consecuencias estigmatizadoras de la enfermedad mental. Además, se sabe que el estigma afecta en muchos aspectos de la vida, como el social, económico y los sentimientos de bienestar. La etiqueta que se aplica

³ El estigma de la depresión. Perú. 2017. Disponible en: <http://www.efesalud.com/depresion-estigma-fingir>

a la persona con una enfermedad mental lleva a la pérdida de oportunidades y las dificultades a la hora de alcanzar objetivos.⁴

La enfermedad mental es quizá uno de los atributos personales más devaluadores, ya que está vinculada a un conjunto de estereotipos negativos, es poco comprendida por la sociedad y frecuentemente presentada de modo incorrecto y negativo.

2.2.2. MODELOS PSICOSOCIALES

La psicología social ha aportado para ayudar a la comprensión de los procesos de estigmatización. El estudio del estigma asociado a la enfermedad mental constituye una aplicación específica de la investigación sobre estereotipos, prejuicios y discriminación.

Bajo esta perspectiva, los modelos psicosociales que se han desarrollado para explicar el fenómeno del estigma pueden dividirse en categorías básicas (Ottati et al., 2009):

- Los modelos que enfatizan el papel del afecto. Consideran que el prejuicio se origina como una respuesta emocional negativa, por lo que la raíz del problema se relacionaría con las emociones. La formación de esta respuesta emocional se produce mediante el condicionamiento clásico, esto es, cuando se experimentan, repetidas asociaciones entre un determinado grupo social y estímulos de rechazo (Ejm: cuando los padres muestran desagrado ante una persona con enfermedad mental

⁴.Estigma y enfermedad mental. España. 2009. Disponible en: <http://biblioteca.ucm.es/ecsa/9788474919806.pdf>

o cuando los medios de comunicación hablan de personas con enfermedad mental en relación con acontecimientos violentos).

- Los modelos que enfatizan el papel de la motivación: la motivación para percibir justicia en el mundo es una poderosa fuerza que puede influir en la reacción ante un amplio rango de circunstancias desafortunadas, entre las que se incluiría la enfermedad mental. De este modo para mantener la asunción de que el mundo es justo, se establece que cada uno recibe lo que merece, lo cual lleva a culpar a la víctima.
- Las personas con enfermedad mental son vistas por la población no clínica como personas de “fuera del grupo” que son evaluadas de manera menos favorable que la gente “normal”.⁵

2.3. CONSECUENCIAS DEL ESTIGMA

El impacto del estigma y la discriminación en una persona con enfermedad mental es el mayor obstáculo para su recuperación y para poder llevar una vida normal; hace que la persona no busque la atención de salud mental, que esconda su problema y que afecte a su autoestima, interfiere en la búsqueda y continuidad de su trabajo, incapacidad para continuar o finalizar los estudios, lograr metas técnicas o profesionales, tener una vivienda adecuada. La discriminación afecta la vida de muchas personas con enfermedad mental, haciendo más difícil las relaciones sociales, el matrimonio, el

⁵ Badallo C. Adrian. “Estigma y salud mental”. España: Editorial Grupo 5; 2012.

cuidado de los niños, el trabajo y una vida social normal. Cuando la gente comprenda y acepte que los trastornos mentales no son defectos o limitaciones, sino que son enfermedades que responden a los tratamientos específicos, la mayor parte de los estereotipos negativos se podrán disipar.

2.4.CALIDAD DE VIDA

Es el estado de bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es: la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. éste concepto engloba la salud física, psicológica, su nivel de independencia, sus relaciones sociales.

La calidad de vida de una sociedad se puede medir y evaluar a partir de datos objetivos como el acceso a servicios básicos, el ingreso económico, tipo de vivienda, nivel de estudios, y otros datos socio demográficos que permiten determinar el grado de calidad de vida que tiene cada persona.

Si hablamos de bienestar psicológico como parte importante de la calidad de vida, debemos saber definir el bienestar subjetivo, que considera equivalente a la felicidad a través de las siguientes perspectivas:

- Teorías finalistas o teleológicas: el bienestar se consigue cuando se logra un estado o situación perseguida, que resulta ser un objetivo u aspiración.

- Teorías de la actividad: el bienestar es un producto de la actividad humana "bien hecha".
- Teorías de juicio, o teorías valorativas: consideran que la felicidad resulta de comparar unas situaciones estándar con las condiciones reales.

2.5.DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

2.5.1. DIMENSION FISICA

Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, de síntomas producidos por la misma, y los efectos adversos del tratamiento.

2.5.2. DIMENSION PSICOLOGICA

Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro.

2.5.3. DIMENSION SOCIAL

Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida; como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico- paciente, el desempeño laboral.

2.6.SALUD Y CALIDAD DE VIDA

El tema de una "buena vida" ha estado presente desde épocas antiguas, pero hablar de calidad de vida en el ámbito de la salud es reciente y ha cobrado mayor importancia a la actualidad. Hoy en día hay un gran

incremento de la longevidad, y de la esperanza de vida en las personas pero no está necesariamente ligada a una mejor calidad de vida.

El avance de la tecnología, la inseguridad que va en aumento, el desempleo, los cambios en la estructura familiar (divorcios, uniones inestables), la pérdida de motivaciones, valores, son solo algunos de los muchos factores estresantes y predisponentes a los que todos estamos sometidos. Sabemos que el estrés predispone a la enfermedad y deteriora la calidad de vida.

2.7.CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DEPRESION

El objetivo del tratamiento frente a la depresión es la remisión completa de los síntomas, y con esto se lograría una completa recuperación a nivel de funcionamiento psicosocial y del bienestar del paciente, así como de su reinserción social. La calidad de vida del paciente mejora considerablemente con el tratamiento, en casos de depresión leve y grave; la remisión completa se va logrando poco a poco con el consumo de fármacos que son más eficaces y ocasionan menos efectos adversos. Además del tratamiento farmacológico, debemos tener en cuenta que la psicoterapia y el apoyo emocional por parte del entorno (familiares y/o amigos) son importante para el éxito del tratamiento.

Otro punto importante es que los fármacos para la depresión no tienen efecto inmediato, se debe tener paciencia para el éxito del tratamiento, además se debe mantenerlo durante un tiempo prolongado, ya que en el segundo y tercer mes la mejoría del paciente sigue aumentando. Ello se debería a que remiten los síntomas y el paciente va ganando en confianza y seguridad, mejorando su calidad de vida. En la atención primaria se trata la depresión

durante poco tiempo y en ocasiones se suspende el tratamiento cuando desaparecen los síntomas iniciales.

Es importante que el paciente sepa que aunque haya mejorado notablemente en los primeros meses, puede mejorar aún más si mantiene el tratamiento durante más tiempo.

Algunas estadísticas refieren que un 15% de la población sufrirá una depresión en algún momento de su vida y hoy además se estima que la mitad de los casos no están diagnosticados y, por lo tanto, no son tratados. Lo ideal sería que al ser diagnosticados se deriven inmediatamente al psiquiatra, y que se trabaje activamente en prevención secundaria.⁶

2.8. ESTIGMA Y CALIDAD DE VIDA

Muchas veces la condición mental del paciente no implica un gran problema en ellos; es más bien la percepción que lo demás tienen lo que les genera dificultades. Es eso lo que realmente les causa dolor y vergüenza.

Es importante que la persona acepte su enfermedad y hable de la misma con los demás sobre su condición de paciente, el problema más que el estigma interno es que el estigma viene del exterior. Los sentimientos de rechazo que las personas con enfermedad perciben hacen que se afecte su calidad de vida; además que durante el proceso depresivo la persona pierde el interés en casi todas sus actividades, lo cual afecta ya su entorno.

⁶ Estigma y enfermedad mental: Un punto de vista histórico social. Perú. 2009. Disponible en: <http://www.hhv.gob.pe/revista/2005/4%20ESTIGMA%20Y%20ENFERMEDAD%20MENTAL.pdf>

El hecho de sentirse estigmatizado afecta al bienestar y a la calidad de vida de la persona. Sin embargo, se desconoce el papel que tiene en el bienestar la conciencia de pertenecer a un grupo estigmatizado.

2.9.DEPRESION

Es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar todo tipo de actividades. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados no recibe esos tratamientos.⁷

Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. En países de todo tipo de ingresos, las personas con depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras que en realidad no la padecen son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos. La carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento.

⁷ Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008.

2.10. TIPOS

En base al número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse en:

- **Trastorno depresivo recurrente:** Se caracteriza por repetidos episodios de depresión. Durante estos episodios, hay estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y reducción de la energía que produce una disminución de la actividad, todo ello durante un mínimo de dos semanas. Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultades de concentración. Las personas con episodios depresivos leves tienen alguna dificultad para seguir con sus actividades habituales, aunque no las suspendan completamente. En cambio, durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones.
- **Trastorno afectivo bipolar:** este tipo de depresión consiste característicamente en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir.

- **Distimia o trastorno depresivo persistente:** es un tipo crónico (continuo) de depresión en el cual los estados de ánimo de una persona están regularmente bajos. Sin embargo, los síntomas no son tan graves como con la depresión mayor.⁸

2.11. EPIDEMIOLOGIA

La depresión es un trastorno mental frecuente. Afecta a más de 300 millones de personas en el mundo. Es la principal causa de discapacidad y contribuye a la carga mundial general de morbilidad. Este trastorno afecta más a la mujer que al hombre. En el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio.

En el Centro de Salud Mental Moisés Heresi de Arequipa, los casos de depresión aumentaron en un 20% en el año 2016. Según estudio, la depresión afecta al 20% de mujeres y al 15% de los hombres. Más del 50% de la cifra abandona el tratamiento. Este trastorno afecta más a los jóvenes.

Además se muestra que el 50% de los pacientes atendidos por consulta externa, sufren de este trastorno mental, siendo las mujeres jóvenes las más afectadas debido a factores como la disfunción familiar, abandonos por los padres, competencia desleal, consumismo desmedido y a factores genéticos como el estrógeno, que las hace más sensibles.

Sin embargo, el 50% de los pacientes, que ingresan al centro de salud mental presentado este cuadro, abandonan el tratamiento, debido a falta de orientación y voluntad por superar el mal y a la falta de dinero para la compra de medicamentos que ayuden a la recuperación de los pacientes.⁹

⁸ Toro Valer R. "Manual de Psiquiatría". Medellín 2009.

⁹ Estigma y salud mental. En: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. ANTECEDENTES LOCALES

TITULO: Relación del diagnóstico clínico y las características sociodemográficas con el estigma internalizado en pacientes psiquiátricos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi – Arequipa 2014

Autor: Vizcarra Chocano María del Pilar

CONCLUSION:

La mayoría de los pacientes estudiados presentan estigma internalizado. El diagnóstico de mayor frecuencia encontrado en la población de estudio es la esquizofrenia, seguido de la depresión y trastorno bipolar, con un tiempo de enfermedad de 2 a 5 años y un tratamiento con neurolépticos, antidepresivos y estabilizadores del ánimo. Existe relación del estigma internalizado con las características sociodemográficas.

TITULO: Características generales, síntomas depresivos y calidad de vida de adultos mayores que acuden a los Centros del Adulto Mayor de ESSALUD. Arequipa – 2014

AUTOR: Gálvez Limaco, Leopoldo Jesús

CONCLUSION:

Las características generales de los adultos mayores entrevistados fueron que: el promedio de edad fue de 70 años, en su mayoría de sexo femenino, con un grado de instrucción superior universitario y se encontraban casados, predominantemente no presentaban alguna comorbilidad y no recibían ninguna medicación. En la evaluación del nivel de depresión; el 24.7% padece un nivel de depresión moderada y el 4.7% depresión severa según el instrumento utilizado. Se demostró la relación que a mejor calidad de vida menor nivel de depresión en los pacientes evaluados.

TITULO: Repercusión de la depresión en la calidad de vida de los adultos mayores del Albergue Buen Jesús. Arequipa 2015

AUTORES: Álvarez Quispe Luzvi - Begazo Mayorga Milagros

CONCLUSION:

Se determinó que la frecuencia de depresión en los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús participantes del estudio, presentan un mayor nivel de depresión moderada y severa, que corresponde a una edad de 78 años a más, siendo más vulnerable el género masculino y el lugar de procedencia las ciudades de Arequipa y Puno. Se identificó que el mayor porcentaje en los adultos mayores tiene mala calidad de vida, seguido de un menor porcentaje que lleva una buena calidad de vida. En relación a la repercusión de los niveles de depresión en la Calidad de Vida en los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, se muestra estadísticamente una relación de significancia.

3.2.ANTECEDENTES NACIONALES

TITULO: Conocimientos y estigmas sobre salud mental en familiares de pacientes que acuden al Consultorio Externo del Hospital Cayetano Heredia. Lima - 2012

AUTOR: Castro Cubas Pedro – Raquel Segura Carrillo

CONCLUSION:

Un alto porcentaje recomendaría que pacientes con sintomatología de esquizofrenia o depresión sean tratados por un psicólogo. Por otro lado, se considera con frecuencia, que pacientes con trastorno de pánico tienen una enfermedad física que no ha podido ser diagnosticada y deben ser tratados por un médico no psiquiatra.

TITULO: Estigma y enfermedad mental. Un punto de vista histórico social - Lima

AUTOR: Héctor León Castro.

CONCLUSION:

Las consecuencias de padecimientos mentales son aislamiento, vergüenza y ocultamiento de la enfermedad de parte del paciente y de la familia.

TITULO: Estigma, discriminación y concepto de enfermedad mental. Lima 2013

AUTOR: Santiago Stucchi Portocarrero

CONCLUSIONES: El estigma y la discriminación contra los enfermos mentales ha existido a lo largo de toda la historia, pese a los cambios conceptuales de la enfermedad mental.

3.3. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

TITULO: Medición del estigma internalizado y su relación con la adaptación social en pacientes psiquiátricos, España 2012.

AUTOR: Héctor Manuel Paredes

CONCLUSION:

Encontramos que el estigma internalizado difiere en los trastornos psiquiátricos, lo cual puede deberse a que la esquizofrenia, el consumo de sustancias y el trastorno bipolar son condiciones más estigmatizadas dentro de la sociedad, generando una menor adaptación social. Esto puede deberse a que el paciente al darse cuenta de su condición, es víctima de los prejuicios y las etiquetas impuestas por la sociedad, decide esconderse y negar su condición, disminuye la búsqueda oportuna de atención, incrementa los síntomas y empeora el pronóstico. Por tanto, es importante conocer el estigma internalizado en el paciente psiquiátrico

para brindar un abordaje más integral y completo, permitiendo mejorar la relación médico-paciente, favoreciendo su adaptación social y su pronóstico.

TITULO: Estigma social y enfermedad mental

AUTORES: Manuel Muñoz – Eloisa Perez Santos – Maria Crespo

CONCLUSIONES: Existe cierta confusión de enfermedad mental con retraso mental, el nivel de estigma se asocia con la edad, el principal ámbito de discriminación hacia las personas con enfermedad mental, fue el laboral, con sus consiguientes repercusiones económicas.

TITULO: Estigma internalizado en pacientes esquizofrénicos. Maracaibo – Venezuela 2014

AUTOR: Sandy Chakian – Noireliz Sanchez

CONCLUSIONES:

Tomando como punto de referencia el barema de calificación de la prueba de Estigma internalizado de King (2011), se tiene que la misma en pacientes con esquizofrenia se sitúa en un grado bajo y medio de estigma.

4. OBJETIVOS

- Precisar el estigma de los pacientes con depresión del Centro de Salud Mental Moisés Heresi
- Determinar la calidad de vida de los pacientes con depresión del Centro de Salud Mental Moisés Heresi
- Establecer la repercusión del estigma en la calidad de vida de los pacientes con depresión del Centro de Salud Mental Moisés Heresi

5. HIPOTESIS

Dado que el estigma es una condición en la que se afecta negativamente la salud física emocional y social de la persona.

Es probable que la presencia de estigma en los pacientes depresivos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi; afecten su calidad de vida.



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

- a. **Técnicas e instrumentos:** Para la variable: **ESTIGMA**, se utilizará la técnica del cuestionario. Y como instrumento la cedula de preguntas (escala de estigma de KING)

Para la variable **CALIDAD DE VIDA**, se utilizará la técnica del cuestionario y como instrumento cedula de preguntas (Escala de calidad de vida para la depresión) QLDS (Quality of Life Depression Scale), cuyos autores son S.M. Hunt, S.P. McKenn. Así como una ficha estructurada para datos.

b. Estructura del instrumento

VARIABLE	TECNICA	INSTRUMENTO	ESTRUCTURA
Estigma	Cuestionario	Cédula de pregunta (escala de KING)	28
Calidad de vida	Cuestionario	Cedula de preguntas (escala QLDS)	34

c. Materiales:

- **HUMANOS:** El investigador, asesor estadístico.
- **MATERIALES:** Material de escritorio, computadora, paquete estadístico.
- **FINANCIEROS:** La investigación será solventada con recursos propios del investigador.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL:

La investigación se realizará en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi el cual se encuentra ubicado en la Avenida Pumacahua – Cerro Colorado y cuenta con los servicios de Hospitalización, Consultorios Externos y el Programa de Salud Pública.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL:

El estudio es coyuntural para el 2017

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO:

Las unidades estarán constituidas por todos los pacientes con diagnóstico de depresión, atendidos en el mes de Noviembre de la Consulta Externa; en número de 60 que constituye el 100%

2.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes con tratamiento que se atienden en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi en la Consulta Externa
- Pacientes que acepten participar en la investigación
- Pacientes mayores de 18 años

2.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con cuadros agudos de depresión
- Pacientes que no deseen participar en la investigación
- Pacientes menores de 18 años

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1 ORGANIZACIÓN:

- Autorización del Director del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.
- Coordinación con la enfermera de consultorios externos.
- La recolección de datos se realizara en el horario de mañanas

3.2 RECURSOS:

De personal: investigador.

Materiales: computadora con acceso a Internet, papel, lapiceros.

Económicos: aportados íntegramente por el autor.

3.3 ESTRATEGIAS PARA MANEJAR RESULTADOS:

Los datos se sistematizarán en tablas estadísticas y se analizarán e interpretaran, elaborando una matriz de datos, utilizando de software SPSS.

3.4 CRONOGRAMA

	OCTUBRE 2017	NOVIEMBRE 2017	DICIEMBRE 2017	ENERO 2018
Proyecto de tesis	X			
Recolección de datos		X	X	
Análisis e interpretación de datos			X	
Informe final				X