



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



TESIS

**CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN ESTADO RASGO EN
ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE UNA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA. CHICLAYO, 2018.**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

AUTOR:

Br. Ronald Oswaldo Custodio Sánchez

ASESOR:

Lic. Jesús Martín Valdiviezo Iturregui

CHICLAYO – PERÚ

2018

DEDICATORIA

Dedico la presente tesis a mis padres Isidora y Vittorio, por ser el pilar más importante de mi vida y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones, por formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles. Sin ellos, jamás hubiese podido conseguir mi meta profesional.

Su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar, no solo para mí, sino para mis hermanos y familia en general.

A mis abuelos Amelia y Baltazar, por su confianza puesta en mí persona y así haber logrado metas y superado obstáculos junto como familia.

AGRADECIMIENTO

A mis formadores, maestros de gran sabiduría que con dedicación transmitieron sus conocimientos y experiencias a mi persona.

En general a todas aquellas personas que, de alguna forma, fueron parte de su culminación de la presente tesis.

A mi Asesor, Martín Valdiviezo Iturregui, por sus acertadas sugerencias en el presente trabajo de investigación.

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
1. INTRODUCCIÓN	6
1.1. Marco teórico.....	9
1.1.1. Situación problemática	9
1.1.2. Antecedentes.....	11
1.1.3. Base teórica.....	14
1.2. Problema.....	36
1.3. Hipótesis	36
1.4. Objetivos:	37
1.5. Justificación e Importancia:	39
1.6. Definición y Operacionalización de variables:	41
2. Materiales y Métodos.....	42
2.1. Tipo de Investigación	42
2.2. Diseño de Investigación	42
2.3. Población y muestra.....	43
2.4. Instrumentos y técnicas de recolección de datos	43
2.5. Análisis estadístico.....	46
3. RESULTADOS	47
4. DISCUSIÓN.....	58
6. CONCLUSIONES	64
7. RECOMENDACIONES.....	66
8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y ANEXOS	67
ANEXOS	

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo con el objetivo de determinar la relación existente entre calidad de vida y depresión estado-rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa. Chiclayo, 2018. El presente estudio es una investigación con población muestral. Los instrumentos utilizados para la recolección de los datos fueron evaluación la escala de calidad de vida de David Olson & Howard Barnes (1982), además también se utilizó el Inventario de depresión de Ch. D. Spielberger (2008), ambos instrumentos gozan de confiabilidad, validez y baremación. Se concluye que existe una correlación positiva baja ($r= 0,273$) significativa entre la calidad de vida y la depresión estado ($p<0,05$), así mismo se encontró que existe una correlación positiva muy baja ($r= 0,193$) significativa entre la calidad de vida y la depresión rasgo ($p<0,05$).

Palabras Clave: Calidad de vida, Depresión estado rasgo.

ABSTRACT

The present research work was carried out with the objective of determining the relationship between quality of life and depression state trait in high school students of an educational institution. Chiclayo, 2018. The present study is an investigation with a sample population. The instruments used for the data collection were the evaluation of the quality of life scale of David Olson & Howard Barnes (1982), and also the Depression Condition State Inventory of Ch. D. Spielberger (2008), divided in two. Dimensions: depression state, and depression trait. We conclude that there is a significant low positive correlation ($r = 0.273$) between the quality of life and the depression state ($p < 0.05$), likewise it was found that there is a very low positive correlation ($r = 0.193$) between the quality of life and depression trait ($p < 0.05$).

Keywords: Quality of life, Depression state trait.

1. INTRODUCCIÓN

Ardila (2003) señala que cuando las necesidades básicas han sido satisfechas (alimento, vivienda, trabajo, salud, etc.) el interés por la calidad de vida tiene su auge y se empieza a trabajar en el crecimiento personal, la realización de las potencialidades, el bienestar subjetivo entre otros temas similares; refiere también que los estudios de la calidad de vida en su gran mayoría se han llevado a cabo en los campos de salud y de trabajo. La calidad de vida es un concepto que empezó a estudiarse científicamente a finales de los años 60 (Evans, Burns, Robinson y Garrett, 1985; Gómez y Verdugo, 2003; citados por Gómez y Verdugo, 2006). También mencionan que fue hasta los años 90 que surgió una inclinación por estudiar la satisfacción que los adolescentes tienen con su vida y las variables que pueden afectarla. De acuerdo con los autores, las variables o factores que pueden afectar la calidad de vida pueden ser internos y externos, es decir, factores individuales y sociales. Cada ser humano es un mundo dinámico y único, de modo que hay aspectos de él que se pueden generalizar, pero hay otros que no se pueden universalizar debido a la individualidad de cada persona, su realidad familiar y su contexto cultural.

En ese sentido los investigadores Papalia, Olds y Feldman (2010) refieren que los adolescentes invierten la mayor parte de su tiempo en su propio mundo, ante este hecho descrito, su propio ego quiere destacar y sobresalir independientemente de los demás, pero deben atender a las exigencias de sus padres, la escuela y la sociedad, causando de esta manera conflicto entre ellos y la manera que se adaptan al entorno. Esta

lucha, en algunos casos hace que ellos tiendan a desafiar los límites familiares o de autoridad, buscan trascender en su propio conocimiento y criterio de analizar las situaciones y toma de decisiones. La Dra. Martínez (s/f) citada por San José (2013) refiere que los cambios físicos que sufre el adolescente son de carácter agudo en el área física, psíquica y social, permitiendo la maduración del niño para luego transformarlo en un adulto. Esto quiere decir que, el adolescente evoluciona a un nivel biopsicosocial. Por otro lado en América Latina existe un altísimo índice de problemas de salud mental en la población infanto-juvenil, cerca del 20% de esta población presenta trastornos que demandan intervenciones de los servicios de salud, pero seguramente esta cifra este subestimada por la tendencia de los adolescentes a esconder y disimular los problemas propios a los adultos y por su falta de confianza para acceder a estructuras terapéuticas (Leyva, Hernández, Nava & López, 2007). La depresión se puede manifestar sin tener en cuenta la edad, el sexo, el estado socio económico y el programa académico cursado, y puede presentarse con síntomas primarios que no abarcan cambios en el estado de ánimo e inclusive no cambian la función cognitiva, por lo que no resulta difícil que cualquier individuo caiga en un estado depresivo (Goldman, 2011). No cabe duda que estudiar los factores sociodemográficos de edad, género, estrato socioeconómico y familia en estudiantes adolescentes resulta relevante, debido a la relación que puede existir entre estos y la manifestación de la depresión. Es por esto que, en el contexto mundial, encontramos una serie de estudios que reportan altos índices de

presencia de la depresión en esta población. (Mantilla, Sabala, Diaz & Campo, 2004).

En este estudio para lograr cumplir con los objetivos planteados, se dividió el trabajo de la siguiente manera: El primer capítulo titulado introducción, donde encontramos la revisión de la realidad problemática, los antecedentes de investigación: internacionales, nacionales y locales, donde se realiza la fundamentación científica del marco teórico, concluyendo terminado esta parte con la formulación del problema, hipótesis, objetivos, justificación e importancia, definición y operacionalización de las variables. El capítulo segundo, titulado Material y Métodos donde comprende: Tipo de investigación, diseño de investigación, población y muestra, instrumentos y técnicas de recolección de datos y análisis estadístico. El capítulo tercero, titulado resultados. El capítulo cuarto, comprende las respectivas discusiones. El capítulo quinto, abarca las conclusiones. El capítulo sexto, comprende las recomendaciones. En el capítulo séptimo, señalamos las citas bibliográficas y finalmente los respectivos anexos.

1.1. Marco teórico

1.1.1. Situación problemática

La calidad de vida es un concepto que empezó a estudiarse científicamente a finales de los años 60 (Evans, Burns, Robinson y Garrett, 1985; Gómez y Verdugo, 2003; citados por Gómez y Verdugo, 2006). También mencionan que fue hasta los años 90 que surgió una inclinación por estudiar la satisfacción que los adolescentes tienen con su vida y las variables que pueden afectarla.

De acuerdo con estos autores, las variables o factores que pueden afectar la calidad de vida pueden ser internos y externos, es decir, factores individuales y sociales. Cada ser humano es un mundo dinámico y único, de modo que hay aspectos de él que se pueden generalizar, pero hay otros que no se pueden universalizar debido a la individualidad de cada persona, su realidad familiar y su contexto cultural.

El concepto de calidad de vida tiende a ser personalizado y cada individuo puede apropiarse y darle la representación que perciba. Aunque las respuestas al entorno y de conducta sean distintas, todos experimentan cada dimensión de la calidad de vida en diferente intensidad y manera de ver, sentir y percibir la vida propia.

Entre los factores que pueden influir en la conducta del individuo Espinoza (2009) menciona que se encuentran “los personales”, en este incluye la historia personal, su sistema neurobiológico, mecanismos de defensa y maneras de resolver conflictos; “los precipitantes” que es la percepción del impacto de los eventos vividos, capacidad de afrontamiento y flexibilidad cognitiva para la resolución de problemas y “los de contexto” implican tener o no redes de apoyo,

integración del yo, diferenciación entre lo imaginario/real y el procesamiento de la información coherentemente. Y por último, se hace mención del “factor social” incluyendo el grupo primario, el grupo de pares, medios de comunicación, normas, valores, creencias del contexto sociocultural. (pp. 9-12).

La adolescencia es una etapa caracterizada por ser transitoria en la cual se presentan cambios físicos, psíquicos, emocionales, religiosos, morales, sexuales, etc. En ocasiones, cuando la persona no se encuentra preparada para enfrentar dichos cambios, estos suelen ser bruscos y desencadenan inestabilidad, rebeldía y angustia o en los adolescentes; es así, que si estas conductas no son controladas pueden llegar a incrementarse y convertirse en conductas depresivas las cuales posiblemente generarán consecuencias fatales Loza, (2010).

Al hablar de depresión nos referimos a un trastorno de alto nivel de sufrimiento, pues interfiere con el normal funcionamiento en las diversas actividades cotidianas Asociación Americana de Psicología, (2005) y conlleva a la discapacidad Organización Mundial de La Salud, (1992). Asimismo, puede derivar en abuso de drogas, problemas académicos, comportamiento sexual de riesgo, problemas físicos y dificultades para las relaciones sociales Horowitz y Garber (2006).

El Perú también se encuentra afectado, al ser la depresión mayor el desorden clínico de mayor frecuencia. Así, en Lima y Callao existe una prevalencia de depresión de 19% en adultos, 14.5% en hombres y 23.3% en mujeres Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”, (2002).

Según estos datos y la realidad que se puede observar en distintas instituciones educativas de la región por la cual se plantea el desarrollo de la presente investigación.

1.1.2. Antecedentes

INTERNACIONAL

Figuerola (2013) en su tesis "calidad de vida en alumnos adolescentes de un colegio privado de Santa Cruz Del Quiché." Cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida en los alumnos adolescentes de 12 a 16 años de un colegio privado de Santa Cruz del Quiché, para ello, se utilizó el Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vidas de Alumnos Adolescentes de Gómez, M. y Verdugo, M. a través del cual se logró establecer el porcentaje de los adolescentes satisfechos e insatisfechos en las diferentes dimensiones de la calidad de vida, teniendo como conclusión que la mayoría de los adolescentes (85%) se encuentran satisfechos en torno a la Calidad de Vida y que el grupo de 12 a 13 años presenta mayor nivel de satisfacción en cada uno de las áreas comparado con el grupo de 14 a 16 años. Sin embargo, el mismo autor estableció que las dimensiones más afectadas para la totalidad de la población fueron Autodeterminación e Integración a la Comunidad por lo que se recomienda a las autoridades del Colegio impartir talleres, actividades y pláticas donde se promueva el desarrollo de cada una de las dimensiones de la calidad de vida, para que los adolescentes puedan seguir mejorando la satisfacción con las mismas y reforzando las áreas que se encuentren insatisfechas.

Manios y Rosero (2011), citados Fernández (2017) en realizaron un estudio en Suba, titulada "Manifestación y grados de depresión en un grupo de adolescentes

en una institución educativa distrital, de la localidad de Suba”, en donde se realizó la caracterización sociodemográfica y de identificar la distribución y frecuencia, de las manifestaciones y grados de depresión por medio de la aplicación del instrumento “Inventario de Depresión de Beck” en un grupo de adolescentes de grado decimo, de una institución Educativa Distrital de la localidad Suba, Bogotá. Participaron 66 adolescentes distribuidos en dos grupos, 36 corresponden a 1001 y 30 a 1002. La edad promedio fue 15 años, participaron 59.4% mujeres y 40.6% hombres. Las manifestaciones más encontradas en este grupo de adolescentes estuvieron la irritabilidad en 37 de 66 adolescentes y el sentimiento de autoacusación estuvo presente en 30 de 66 adolescentes. En cuanto a las manifestaciones objetivas los adolescentes de este estudio manifestaron poco interés social por 23 de 66, insomnio por un 26 de 66 y pérdida de apetito por 23 de 66 adolescentes

Nacionales

Muchotrigo (2009) en su investigación “Calidad de Vida en Estudiantes de Secundaria de la Ciudad de Lima” Cuyo objetivo fue “identificar y comparar los niveles de calidad de vida en estudiantes según sexo y nivel socioeconómico”. su muestra estuvo conformada por 589 estudiantes de 4to y 5to de secundaria, de ambos sexos, de centros estatales y particulares, cuyas edades fluctuaron entre 14 y 18 años. El instrumento utilizado fue la Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes. Para el análisis de los datos se utilizaron medias y Anova. Concluyendo que cada uno de los grupos muestrales se ubica en un nivel Óptimo de Calidad de Vida. Los efectos principales provenientes del sexo y nivel socio

económico fueron significativos para el sexo, nivel socio económico; así como en la interacción entre ambos.

Fernández (2017) en su tesis “Depresión y agresividad en escolares del nivel secundario de una Institución Educativa Nacional de la ciudad de Chimbote” cuyo objetivo fue determinar la relación entre la depresión y agresividad en escolares del nivel secundario de una Institución Educativa Nacional de la ciudad de Chimbote. Realizó su estudio con una muestra de 406 estudiantes de primer a quinto año del nivel secundario, de ambos sexos cuyas edades fluctúan entre 12 a 17 años de edad, a quienes se aplicó el Cuestionario de Agresividad (AQ) cuyo autor es Buss y Perry (1992) con procedencia de Madrid España y adaptado en Perú por la peruana María Matalinares (2012); el Inventario de Depresión (BDI) del autor Aaron Beck (1961), fue adaptada al castellano y validada por Conde y cols (1975), y adaptado en el Perú por Renzo Felipe Carranza Esteban (2013). Obtuvo como resultado que existe relación altamente significativa, directa y baja entre ambas variables depresión y agresividad $r = .211^{**}$ ($n=406$, $p=0,00 < 0,01$) lo que significa que a mayor depresión que presenten los adolescentes, mayor será la agresividad. Además, obtuvo los niveles de agresividad donde el 32,8 % de adolescentes presentan un alto nivel de agresividad, mientras que el 8,1 de dichos adolescentes presentan un nivel muy bajo en cuanto a conductas agresivas. En cuanto a los niveles de depresión el 46,6% de la población obtiene un puntaje alto con respecto al nivel depresión moderado, mientras que 33,3 % de adolescentes presentan una depresión moderada y 20,2 % está representado por aquellos adolescentes que conforman un nivel de depresión grave.

Huerta, Aliaga & Campos (2015), citados en Fernández (2017) en su investigación Depresión y cólera hostilidad en alumnos víctimas de violencia intrafamiliar, de cuarto grado de secundaria de instituciones educativas estatales de zonas urbano marginales de la ciudad de Lima. Él se sometió al análisis las variables depresión y cólera hostilidad en función a la presencia o no de violencia intrafamiliar en una muestra de 472 alumnos de cuarto grado de secundaria víctimas y no víctimas de violencia intrafamiliar, a quienes se les administró una ficha de datos sociodemográficos, el Cuestionario de Depresión infantil y el Inventario Multicultural de Cólera-Hostilidad, integrada por los componentes Cólera Estado (CE), Cólera Rasgo (CR) y Expresión de Cólera. Se encontró que existe una correlación muy significativa entre la depresión con cada uno de los componentes de Cólera-Hostilidad, es decir con CE, CR y con Expresión de Cólera en las adolescentes víctimas de violencia intrafamiliar ($\text{sig.}=0.00$). Además, que las mujeres presentan mayor depresión en la muestra general, cuando hay violencia intrafamiliar son las mujeres las que presentan mayor depresión. Asimismo, se halló una correlación significativa entre - 16 - depresión con CE y CR con respecto a toda la muestra. Es la presencia de violencia intrafamiliar la que determina y produce trastornos en la salud mental de los adolescentes.

1.1.3. Base teórica

Calidad de vida

La definición de calidad de vida no es algo que se encuentre consumado, de la misma manera es un término que abarca muchos aspectos tanto objetivos como subjetivos, es así que creemos que hay dimensiones que forman parte de esta, pero no se da un concepto global y característico a lo que es calidad de vida., es

solo el sujeto social quien la define realmente y le da validez pero si hay autores que han dado sus diferentes aportes para explicar la calidad de vida.

Según Natalicio J.C.(2002) , plantea que la calidad de vida es un término que implica un estado de sensación de bienestar en las áreas de salud psicofísica y socioeconómica.

Su objetivo es la satisfacción de las necesidades y demandas del individuo en cada etapa de su vida, esto implica la existencia de dos elementos: las necesidades humanas fundamentales, definidas como el conjunto de condiciones de carencias puntuales, reconocidas por todos los seres humanos, quienes poseen los medios para resolverlas y, los indicadores de satisfacción de las necesidades humanas, que son elementos de medición diferentes en cada país.

Guillén (et. al.1997), brinda su aporte en que cada ciencia afirma distintos valores y defienden variados y contrapuestos intereses. Aunque en concreto la calidad de vida puede ser entendida como el procurar y llevar una vida satisfactoria, implicando principalmente una mayor esperanza de vida, y sobre todo vivir en mejores condiciones físicas y mentales. Diener (1984, citado por Rodríguez, 1995) define a la calidad de vida como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal; pero también, este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con determinados indicadores objetivos, biológicos, psicológicos, comportamentales, y sociales, así como Rozas, (1998) el desarrollo del individuo como persona, psicológicamente hablando, es calidad de vida es decir por ejemplo aspectos como desarrollo de la autoestima, de la identidad, de la autorrealización, como el desarrollo de sus potencialidades y el manejo de

nuevas habilidades, Por otro lado Ramírez (2000) define a la calidad de vida como un proceso dinámico, complejo e individual; es decir es la percepción física, psicológica, social y espiritual que tiene la persona o paciente frente a un evento de salud y el grado de satisfacción o insatisfacción que va a influir en el bienestar de cada uno asimismo (Pérez de Cabral, 1992) expresa que la calidad de vida es una situación social y personal.

La calidad de vida es más que la calidad del ambiente; tiene que ver también con la estabilidad personal, emocional, intelectual y volitiva y con la dinámica cultural en general. La calidad de vida también hace referencia a una armónica convivencia entre los hombres, donde juega un papel importante la justicia social, considerando las oportunidades que en una sociedad se brinda a sus miembros, de acuerdo con los supuestos antedichos el fenómeno calidad de vida viene a ser el fruto de las relaciones entre las condiciones objetivas de vida y variables más subjetivas y personales; en una relación da como resultado un mayor o menor índice de satisfacción y de felicidad de los individuos, de allí la complejidad en la definición de este concepto.

La calidad de vida puede ser entendida como una medida compuesta por el bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo y de la felicidad, satisfacción y recompensa, lo cual significa comprender y analizar las experiencias subjetivas que los individuos que la integran tienen de su existencia en dicha sociedad.

Morales, Blanco Huie & Fernández (1985) plantean que se puede señalar también, que el concepto incluye un conjunto de aspectos en los que se interviene la autorrealización del sujeto es así, que la calidad de vida en una sociedad sería el grado en que las condiciones de dicha sociedad permiten a sus

miembros realizarse de acuerdo con los valores ideológicos establecidos. Así que, en relación a los indicadores de la calidad de vida existen dos apreciaciones generales que tratan de medir este concepto uno constituye la medida objetiva, la misma que se obtiene a partir de la estadística de los indicadores sociales y económicos específicos, la otra medida constituye una medida subjetiva, que nos revela acerca de las percepciones de las personas sobre sus situaciones de vida. Acerca de la medida subjetiva, también existen diversas maneras de identificar los indicadores de la calidad de vida. Algunos hacen referencia a la calidad de la Salud física, así como a la práctica de ciertas actividades y en otros casos se enfatizan la calidad de las relaciones sociales en el campo de la salud, se establece la relación entre el médico y el paciente, considerando la posibilidad de humanizar el medio hospitalario los responsables se preguntan acerca del tipo de calidad de vida que sería el más adecuado para nuestras sociedades en este medio existe una noción técnica de calidad de vida que encuentra variadas aplicaciones y gradaciones. Dentro de lo que se podría llamar las "condiciones externas objetivas" puede considerarse el estado de salud sin embargo aquí nos encontramos con un indicador mixto puesto que si bien existen indicadores objetivos de una situación de salud.

Así mismo no podemos dejar de considerar la fuerte interacción que se da entre salud y calidad de vida. Si el estado de salud es un factor determinante de la calidad de vida, la calidad de vida de la persona determina igualmente su estado de salud, quizás esto es parte del significado de la definición de la OMS, quienes nos presentan un concepto de salud muy similar al de calidad de vida: estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad. Hay un número importante de estudios que han demostrado una

relación relativamente grande entre los autoinformes de salud y el bienestar subjetivo.

Otros han considerado que la salud es para las personas el factor más importante de felicidad en ellos la satisfacción respecto a la salud es uno de los predictores más fuertes de la satisfacción vital: parece que la valoración subjetiva de la salud tiene una relación más fuerte con el bienestar subjetivo que la valoración objetiva.

Además, algunos estudios apuntan a señalar a las actividades físicas como predictores de la calidad de vida es así como se señala que la calidad de vida viene dada por el estilo de vida que llevan las personas; y en este sentido, los estilos de vida sedentaria tan común en la sociedad actual resultan claramente perjudiciales frente a éstos, tenemos aquellos estilos de vida activos, que conllevan a la realización de actividad física, ejercicio físico y/o deporte.

Los primeros estudios que han relacionado la calidad de vida con el ejercicio físico son relativamente recientes ya que sus inicios se sitúan a principios de la década de los setenta, aunque con anterioridad ya habían aparecido de forma aislada algunos estudios.

Guíllen (et. al ,1997) establece que desde la medicina, la gran mayoría de los estudios han tenido un corte epidemiológico y han estado dedicados a estudiar los efectos del ejercicio sobre la salud física. Por su parte desde la psicología de la salud se han incidido en estudiar los efectos beneficiosos del ejercicio físico, en este caso sobre la salud mental, por último desde la psicología del ejercicio se han centrado básicamente en estudiar los factores que dan lugar a estilos de vida más activos, así como lo creación de programas que fomenten y mantengan esa participación.

Olson & Barnes (1982) plantean que una característica común de los estudios de la calidad de vida, constituye la elevación de la satisfacción como dominios de la experiencia vital de los individuos, cada dominio se enfoca sobre una faceta particular de la experiencia vital, como por ejemplo vida marital y familiar, amigos, domicilio y facilidades de vivienda, educación, empleo, religión, etc.

La manera como cada persona logra satisfacer estos dominios, constituye un juicio individual subjetivo de la forma como satisface sus necesidades y logra sus intereses en su ambiente es la percepción que esta persona tiene de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr dicha satisfacción.

Esta investigación se realizará en base a los aportes de Olson y Barnes (1982), citado en Grimaldo (2003) quienes definen a la calidad de vida y lo relacionan con el ajuste entre el sí mismo y el ambiente; por lo tanto, la calidad de vida es la percepción que la persona tiene de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr su satisfacción.

No existe una calidad de vida absoluta, ella es el fruto de un proceso en desarrollo y se organiza a lo largo de una escala continua entre valores extremos de alta u óptima y baja o deficiente calidad de vida.

Así mismo, Grimaldo (2003) refiere que el fenómeno calidad de vida viene a ser el fruto de las relaciones entre las condiciones objetivas de vida y variables más subjetivas personales, en una relación que da como resultado un mayor o menor índice de satisfacción y de felicidad de los individuos. De allí su complejidad en la definición de este concepto. El concepto de calidad de vida cubre todos los aspectos de la vida tal y como son experimentados por los individuos; aspectos tales como: salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera,

oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia, sentido de pertenecer a ciertas instituciones y confianza, entre otros.

Según Olson y Barnes (citado en Grimaldo, 2003, p. 9) plantean que una característica en común de los estudios de la calidad de vida, “constituye la elevación de la satisfacción como dominios de las experiencias vitales de los individuos”. Cada dominio se enfoca sobre una faceta en particular de la experiencia vital, como por ejemplo vida familiar, amigos, domicilio y facilidades de vivienda, educación, empleo, religión, salud, entre otras.

Para Oblitas (2006) la calidad de vida ha presentado considerables variaciones a lo largo del tiempo. La mayoría de las veces se ha tratado de ampliar las definiciones, primero el término se refería al cuidado de la salud, después se adhirió la preocupación por la salud e higiene pública se extendió entonces a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuo sumándose la capacidad de acceso a los bienes económicos y finalmente, se convirtió en la preocupación por la experiencia del sujeto sobre su vida social, su actividad cotidiana y su propia evaluación objetiva y subjetiva de al menos los siguientes elementos: salud; alimentación; educación; trabajo; vivienda; seguridad social; una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico, tal como lo percibe cada persona y cada grupo.

Grimaldo (2003) amplía esta definición refiriendo que la calidad de vida puede ser entendida como una medida compuesta por el bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de la felicidad, satisfacción y recompensa, lo cual significa comprender y analizar las experiencias subjetivas que los individuos que la integran tiene de su existencia.

Por otro lado, Katsching y Freeman (2000) se refieren a la calidad de vida como un término que debería estar relacionado con el “bienestar psicológico, la función social y emocional, el estado de salud, la funcionalidad, la satisfacción vital, el apoyo social y el nivel de vida”, en el que se utilizan indicadores normativos, objetivos y subjetivos de las funciones física, social y emocional de los individuos (p. 271).

Del mismo modo la OMS (2011) define a la calidad de vida como 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. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno.

Grimaldo (2009) indica que el concepto de calidad de vida posee aspectos subjetivos y objetivos e incluye, como subjetivos, la intimidad la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud. Como aspectos objetivos, considera el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico, social, con la comunidad y la salud objetivamente percibida. Así mismo, propone que la calidad de vida es el resultado de una compleja interacción entre los factores subjetivos y objetivos, los primeros se refieren a condicionantes externos (económicos, sociopolíticos, culturales y ambientales) y los segundos están determinados por la valoración que la persona realiza su propia vida (psicológicos).

Además, Andrews y witney (citado en Oblitas, 2006, p. 249), mencionan que la calidad de vida no es el reflejo de las condiciones de los escenarios físicos, interpersonales y sociales, si no como dichos escenarios son juzgados por el

individuo. Según este enfoque la calidad de vida puede entenderse como el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual.

Igualmente, Ramírez (citado por Grimaldo, 2003) define a la calidad de vida como un proceso dinámico, completo e individual, es decir es la percepción física, psicológica, social y espiritual que tiene la persona frente a un evento de salud y el grado de satisfacción o insatisfacción que va a influir en su bienestar.

Bognar (2005) puntualiza la necesidad de estudiar la calidad de vida desde la perspectiva subjetiva, que surge cuando las necesidades primarias han quedado satisfechas y se puede identificar el estilo de vida, caracterizado por las condiciones en que se encuentra el individuo, como las características y lugar en el que se ubica la vivienda, el grado educativo alcanzado, la seguridad social, la forma en que se invierte el tiempo libre, las relaciones que se establecen con la familia de origen y con la familia constituida por iniciativa propia, y las relaciones con la pareja, amigos, vecinos y compañeros de trabajo. Así también la calidad de vida subjetiva se refleja en el reconocimiento, posicionamiento y aceptación que el individuo experimenta dentro de su ámbito laboral o profesional (Palomar, 2000).

Para Alvirdez (2008), citado en Beltrán y León (2009, p. 54) La calidad de vida tiene las siguientes características.

1. Concepto subjetivo: Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida y la felicidad.
2. Concepto universal: Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.

3. Concepto holístico: La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano no es todo.
4. Concepto dinámico: A lo largo del tiempo, cada persona va cambiando sus intereses y prioridades vitales y, por tanto, los parámetros que constituyen lo que considera calidad de vida.
5. Interdependencia: Los aspectos o dimensiones de la vida están relacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

Además según Olson & Barnes (citado por Grimaldo (2003) existen siete Indicadores de calidad de vida que a continuación se presentan:

- Factor 1: Bienestar económico; se refiere a la satisfacción que las personas tienen de sus necesidades básicas, condiciones de vivienda, etc.
- Factor 2: Amigos, vecindario, comunidad; hace mención a la satisfacción que tiene la persona para interrelacionarse con amigos, su vecindario y además de la seguridad de su comunidad con la facilidad para realizar compras.
- Factor 3: Vida familiar, familia extensa; manifiesta la satisfacción de la relación que tiene una persona con cada uno de los miembros de la familia, parientes (abuelos, tíos, primos).
- Factor 4: Educación, ocio; determina el grado de satisfacción según el grado de estudios alcanzados, además el tiempo libre que tiene y la forma como lo emplea.

- Factor 5: Medios de comunicación; la satisfacción que tiene respecto a la calidad de programas de televisión, cines, periódicos y revistas, que hacen uso en su vida.
- Factor 6: Religión; satisfacción de la persona en relación con la vida religiosa en su entorno y de su comunidad.
- Factor 7: Salud; indica la satisfacción de salud en el individuo, asimismo la salud presente en los miembros de la familia.

Factores que afectan la Calidad de Vida

Se presenta a Bronfenbrenner (1979), con su modelo ecológico, en donde plantea diferentes niveles que configuran nuestra vida dentro del constructo de calidad de vida, entendiendo 3 de los más importantes, en ese sentido se tiene en cuenta no tan solo al individuo mismo, sino también a su entorno más próximo y al contorno en el que se desenvuelve la idea es que la persona convive en diversos sistemas que influyen en el desarrollo de sus valores, creencias, comportamientos y actitudes.

Estos valores son los siguientes: Microsistema o contexto social inmediato: familia, hogar, grupo de iguales es un subsistema que afecta directamente a la vida de la persona meso sistema vecinos, comunidad, organizaciones. Subsiste más que afectan e influyen sobre el funcionamiento del microsistema.

Macro sistema, o el de los patrones culturales más amplios. Son las tendencias sociopolíticas, sistemas económicos y todos aquellos factores relacionados con la sociedad que afectan a nuestras creencias y a nuestros valores.

Este modelo ecológico trata de poner el énfasis en la necesidad de incluir dimensiones e indicadores clave de la calidad de vida que reflejen los múltiples sistemas que envuelven la vida de una persona por su parte, Max-Neef (1998)

plantea un análisis de la calidad de vida a través de la teoría del desarrollo a escala humana lo primero que caracteriza a su trabajo es la comparación que hace entre necesidades humanas y sus satisfactores.

Neef destaca la importancia de aclarar estos dos conceptos, sustenta que las necesidades son algo finito que puede ser identificado en todas las culturas y en todos los tiempos. Sin embargo, los satisfactores son los que adquieren su significado a través de la historia y de las sociedades además sostiene que la calidad de vida depende de las posibilidades que tienen las personas para satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales.

El autor hace una diferenciación entre necesidades y sus satisfactores, concluyendo que las necesidades no varían de una cultura a otra, ni de una época a otra, no así los satisfactores para estas necesidades, ya que no importa que una persona viva en una sociedad consumista o ascética, lo que cambia es la cantidad y calidad de los satisfactores o la posibilidad de acceder a ellos de tal manera, plantea que las necesidades son finitas, pocas y clasificables, además de que son las mismas para todas las sociedades, culturas y épocas las necesidades básicas son aquellas cuya realización es deseable para cualquiera y cuya inhibición es indeseable; además de que son simultaneas, complementarias y se compensan entre ellas.

Estas son: de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad sostiene que las necesidades (comúnmente conocidas así) de vivienda y abrigo son satisfactores de una necesidad más fundamental de subsistencia; la educación, el estudio, la investigación, la estimulación precoz y la meditación son satisfactores de la necesidad de

entendimiento; así como la necesidad de protección tiene satisfactores tales como los sistemas curativos, la prevención y los esquemas de salud.

Gendreau (1998) Es preciso reconocer que también se puede hablar de calidad de vida en términos negativos, al afirmar que “No hay calidad de vida cuando el nivel de ingresos de familia es mínimo y cuando hay exclusión entre los individuos”, además este último factor es condicionante de una salud deficiente bajo nivel educativo carencia o inadecuada vivienda, nula participación política, asilamiento, etcétera.

La calidad de vida en adultos mayores

El envejecimiento es en sí mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital.

La Organización Mundial de la Salud - OMS (2002), puso en marcha diversos mecanismos que culminarían con el programa Salud para todos los datos obtenidos en 55 numerosos estudios y recogidos en distintos documentos, permitieron establecer recomendaciones sobre aspectos dietéticos y nutricionales, así como estilos de vida saludables a seguir; al mismo tiempo y con estas recomendaciones como fundamento, se han ido estableciendo campañas de salud destinadas a la prevención de patologías como las enfermedades cardiovasculares o determinados tipos del cáncer, logrando reducir la morbi-mortalidad por las mismas en cifras realmente significativas

Como apunta Amparo Belloch (1994) no siempre cantidad va acompañada con calidad; hemos conseguido vivir más tiempo pero no está claro que vivamos

mejor, al menos en lo que se refiere al estilo de vida que llevan muchas personas ancianas en nuestras aparentemente desarrolladas “sociedades del bienestar”.

Es por ello que en los últimos tiempos ha cobrado un interés especial el concepto de calidad de vida, así como la búsqueda de fórmulas para mejorarla en el caso que nos ocupa. Longevidad, discapacidad y calidad de vida son tres conceptos que pueden llegar a estar muy relacionados y por ello deberían ser contemplados conjuntamente por tres motivos: una vida larga debería contar con la mayor calidad posible sobre todo en sus etapas finales, en las que el individuo es más vulnerable; en una vida larga es muy factible por diversas causas, el desarrollo de discapacidades y con ellas un estado de dependencia; en tercer lugar una vida con discapacidad pero con las atenciones y medios necesarios puede ser una vida calidad.

La calidad de vida debe ser entendida como un fenómeno social complejo y un proceso de percepción personal del nivel de bienestar alcanzado, a través de la combinación de las condiciones de vida y el grado de satisfacción con la vida; el primer condicionante lo formarán variables objetivas que pueden medirse y sobre las que podemos actuar, el segundo lo constituirán variables subjetivas influidas por los sentimientos y sobre las que es más difícil poder actuar (una misma discapacidad y sus implicaciones en dos personas distintas, pueden ser asumidas e influir de forma totalmente diferente en cada una de ellas).

El nivel de calidad de vida puede variar, es decir, mientras unos están felices y satisfechos con un nivel de ingresos otros pueden no estarlo todo depende según Van Praag (2002) de la evaluación del ingreso que cada familia haga, y que varía según el tamaño de la misma, el clima, la historia de ingreso y las expectativas.

Garduño (2003) la calidad de vida es un concepto complejo compuesto por un lado por las cantidades de sustento y por el otro, es un sentimiento de felicidad o tristeza, expectativas desmedidas o aumentadas, alta o baja moral; ambos se dan a partir de la interacción de todos los recursos disponibles con los intereses y valores particulares de un ambiente social.

También indica que la calidad de vida implica una evaluación cognitiva expresada como un juicio que incluye la satisfacción, la importancia, las expectativas disminuidas o aumentadas sobre una variedad de dimensiones y significados relevantes identificados por el propio sujeto. Por último y puesto que es inevitable tener que pagar el peaje impuesto por el paso del tiempo, debemos intentar que este sea lo más benévolo posible aplicando medidas de carácter preventivo, educacional, etc.

Depresión estado rasgo

Spielberger (2003) “hace una definición con respecto a la depresión estado tomando como base el DSM-IV-TR en la cual especifica que, depresión estado se refiere a una condición puntual, con presencia de síntomas dentro de un periodo de al menos dos semanas” mientras que la depresión rasgo “hace referencia a una disposición general de la afectividad, de mayor duración aunque menos intensidad que el estado y que genera vulnerabilidad frente a la posibilidad de desarrollar reacciones depresivas”.

Antes de empezar con las definiciones queremos dar a manera de introducción una apreciación en general del tema depresión basados en los diversos estudios y conceptualizaciones.

Edinson, T.C, Juan, C.A (2012). De acuerdo a las distintas definiciones de diversos autores, estos convergen en que la depresión es un trastorno emocional que afecta al ser humano de tal manera que compromete la parte afectiva, cognitiva, motivacional.

Para tratar de entender el término depresión hemos formulado el siguiente concepto basado en las apreciaciones de diversos autores y del cual tenemos que: Viene a ser un estado bio-psicosocial, ya que involucra diversos ámbitos del ser humano, tanto en lo biológico como en lo psicológico y en parte social. Todas estas dimensiones de gran importancia dentro de la integridad del ser humano, ya que no podemos separarlo o excluirlo sino más bien darle un enfoque relacional para ampliar el campo del conocimiento y entendimiento de este mal que aqueja a millones de seres humanos.

Beck (1979). Trastorno emocional que provoca en la persona alteraciones en su estado afectivo cognitivo, motivacional y somático.

Según Beck (1979).La depresión es un trastorno emocional que causa en el ser humano alteraciones en diferentes componentes como son la parte afectiva, cognitiva, motivacional y somático.

Burton (1987).y Veronesi (1985). “Señalan a la depresión como uno de los trastornos del estado de ánimo más comunes que sobreviene al hombre y que tienden a incrementarse por el aumento de la morbilidad de padecimientos crónicos, que según se ha demostrado se asocian significativamente con los estados depresivos”.

Para estos autores la depresión siempre está presente en estados de morbilidad como el padecimiento crónico ya que se encontró un nexo con las manifestaciones de la depresión.

CIE 10 (1992). “El enfermo que la padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

La disminución de la atención y concentración.

La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.

Las ideas de culpa y de ser inútil. (Incluso en los episodios leves)

Una perspectiva sombría del futuro.

Los pensamientos y actos suicidas o de auto agresiones.

Los trastornos del sueño.

Para la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades presenta una relación de signos y síntomas que engloba lo que llamamos depresión entre ellos menciona que la persona que las padece presenta poco interés de disfrutar las cosas, su vitalidad disminuye su cansancio incrementa.

Instituto Nacional De La Salud Mental (2006). “Enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo y la manera de pensar afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta como uno se valora así mismo (autoestima) y la

forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es una condición de la cual uno puede librarse voluntariamente.”

La depresión daña el organismo y nuestra manera de ser y actuar de forma habitual, afecta nuestro sueño y nuestra alimentación asimismo la forma de cómo nos percibimos en cualquier ámbito de nuestra vida. La depresión es una enfermedad no un simple episodio de tristeza y para ello se necesita ayuda profesional.

Asorey, O. (2006). “la depresión se caracteriza por un estado de tristeza, fatiga o cansancio, dificultades de concentración y memoria, y falta de interés por actividades que resultaban gratificantes. Asimismo, las personas que padecen esta enfermedad tienen problemas durante el sueño (insomnio o hipersomnia), aumento o disminución del apetito, pérdida de interés por el sexo, molestias corporales (náuseas, jaquecas o dolores) y lentitud o agitación motriz. Es, por tanto, una alteración que, por su presencia en la población y por sus consecuencias en quien las padece, merece atención sanitaria.”

Es la sensación de estar triste, emocionalmente decaído asimismo pierde el interés en las cosas que antes disfrutaba.

Esta enfermedad es progresiva afecta pensamientos, sentimientos, salud física y comportamiento.

Asimismo para este autor la depresión no es una debilidad de la personalidad, ni es culpa del que la padece, afectando a cualquier persona no tomando en cuenta el estatus socioeconómico.

Calderón, G. (2001). “La depresión no es una enfermedad grave sino en contadas ocasiones suele causar grandes sufrimientos al enfermo. Su difícil clasificación como proceso morboso, su efecto negativo en las relaciones familiares y sociales, su influencia en la desvalorización de la propia personalidad que se manifiesta en sentimientos derrotistas, y el enorme contraste entre la imagen que el paciente deprimido tiene de sí mismo y la realidad, han hecho que se le considere como la enfermedad de las paradojas”.

Para Calderón esta enfermedad no se puede considerar como grave pero no descarta la idea que en ocasiones puede causar grandes sufrimientos a la persona que la padece. Asimismo, la considera como la enfermedad de las paradojas ya que el paciente se percibe lleno de defectos sin tener esto un fundamento comprobable.

El modelo cognitivo de la depresión

Beck, A. (1979). Este modelo ha surgido a raíz de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales.

Según este modelo el origen psicológico de la depresión se enfoca en tres conceptos que son los siguientes:

Tríada cognitiva

Los esquemas, Los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información.)

Concepto De Tríada Cognitiva

Esta tríada consiste en tres patrones cognitivos que inducen al paciente a considerarse: A sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrásico.

El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo: Se observa degradado, torpe, enfermo, con poca valía.

Atribuye sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo psíquico, moral, o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos es un inútil.

Tiende a subestimarse a criticarse asimismo en base a sus defectos

Piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad.

Este componente gira en torno a la forma negativa con la cual se observa el paciente asimismo debido a ello el paciente depresivo se percibe inútil y se auto inculpa por todas las experiencias negativas que le suceden, pensando que es él, el que las genera; tornando su vida de una forma desagradable.

El segundo componente se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota y frustración.

La persona depresiva percibe su medio de una forma negativa y hostil llena de contradicciones y penas tornando su vida desagradable, no teniendo un buen motivo porque vivir, carente de alegrías y amor a la vida. Para este tipo de

pacientes el mundo la exige más de lo que ellos pueden ofrecer atribuyendo más sentimientos de minusvalía y fracaso.

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipado que sus dificultades o sufrimientos actuales continuaran indefinidamente.

Este componente gira entorno a la visión negativa del futuro. Para la persona depresiva su futuro es incierto, el pensamiento que predomina en estas personas es de derrota, piensan que nunca harán las cosas bien sino todo lo contrario.

Organización Estructural Del Pensamiento Depresivo

Según Beck, Aarón (1979). Un segundo componente se refiere al modelo de esquemas. Este concepto se utiliza para explicar porque mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida.

Cualquier situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos. El individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación. Aunque personas diferentes pueden conceptualizar la misma situación de maneras diferentes, una persona determinada tiende a ser consciente en sus respuestas a tipos de fenómenos similares... el término “esquema” designa estos patrones cognitivos estables.

Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurará distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos periodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales

específicos (por ejemplo, situaciones generadoras de ansiedad). Estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona. En los estados psicopatológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes.

Niveles De Categorización De La Depresión

Beck (1979). En su instrumento de medición de la depresión menciona niveles de categorización de la depresión, los cuales son:

No depresión: Ausencia de síntomas que nos indiquen la presencia de la depresión.

La depresión leve: Es el tipo de depresión común, crónica y de baja intensidad, que incluye síntomas que no incapacitan tanto, sin embargo impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona; son originados principalmente por personas con pensamientos negativos. Muchas personas con depresión leve también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida. En general la depresión leve puede durar hasta 2 años (a veces más). Es más frecuente en las mujeres que en los hombres y también puede afectar a los niños. Los síntomas son similares pero con menor afectación en las personas. O sea que los síntomas son de baja intensidad.

Depresión moderada: Se presenta cuando una persona tiene varios síntomas de depresión que le impiden llevar a cabo la mayoría de sus actividades habituales.

Depresión grave: Se presenta cuando una persona tiene o casi todos los síntomas de depresión, que le impiden llevar a cabo sus actividades habituales por completo.

1.2. Problema

¿Qué relación existe entre la Calidad de vida y la depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa. Chiclayo, 2018? siendo la Institución Educativa de índole nacional de la ciudad de Chiclayo, con un alumnado de recursos económicos entre medio y bajos, alumnos provenientes de sectores populares como: pueblos jóvenes, asentamientos humanos y o barrios, teniendo en cuenta la escases de información sobre la problemática en que se desenvuelve la tesis, esta se realiza en una forma descriptiva correlacional.

1.3. Hipótesis

- Hipótesis general:

- Existe relación entre la calidad de vida y la depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa. Chiclayo, 2018.

- Hipótesis específicas:

- Existe relación entre el factor Hogar y bienestar económico de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa. Chiclayo, 2018.
- Existe relación entre el factor amigos, vecindario y comunidad de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo en

estudiantes de secundaria de una institución educativa. Chiclayo, 2018.

- Existe relación entre el factor vida familiar y familia extensa de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa. Chiclayo, 2018.
- Existe relación entre el factor educación y ocio de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa. Chiclayo, 2018.
- Existe relación entre el factor medios de comunicación de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa. Chiclayo, 2018.
- Existe relación entre el factor religión de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa. Chiclayo, 2018.
- Existe relación entre el factor salud de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa. Chiclayo, 2018.

1.4. Objetivos:

- Objetivo general:

- Determinar la relación existente entre la calidad de vida y la depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa. Chiclayo, 2018.

- Objetivos específicos:

- Describir la variable calidad de vida en estudiantes de secundaria de una institución educativa. Chiclayo, 2018.
- Describir la variable depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa. Chiclayo, 2018.
- Describir relación existente el factor Hogar y bienestar en estudiantes de secundaria de una institución educativa. Chiclayo, 2018.
- Establecer la relación existente entre el factor amigos, vecindario y comunidad de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa. Chiclayo, 2018.
- Establecer la relación existente entre el factor vida familiar y familia extensa de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa. Chiclayo, 2018.
- Establecer la relación existente entre el factor educación y ocio de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa. Chiclayo, 2018.
- Establecer la relación existente entre el factor medios de comunicación de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa. Chiclayo, 2018.

- Establecer la relación existente entre el factor religión de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa. Chiclayo, 2018.
- Establecer la relación existente entre el factor salud de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa. Chiclayo, 2018.

1.5. Justificación e Importancia:

La presente investigación se realizó con la finalidad de poder contar con un conocimiento científico y confiable que establezca la posible relación entre calidad de vida y la depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa de Chiclayo. Observándose así cuales son las características peculiares de ambas variables en los estudiantes de dicha institución educativa.

Así mismo se consideró que los datos obtenidos durante el desarrollo de la investigación pueden ser considerados como referencia a autoridades del centro del adulto mayor y profesionales que laboren en las mismas o que estén interesados en profundizar investigaciones futuras donde estén involucradas la problemática de la calidad de vida y la depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa de Chiclayo.

Por otro lado, nos permite tener un mayor conocimiento del problema a aquellas instituciones que trabajen con este tipo de población, facilitando la elaboración de programas y estrategias que ayuden a afrontar este problema. Aunado a ello permitirá la formulación y ejecución de un trabajo integral y sistemático dirigido a

estudiantes de aquellas instituciones interesadas, y de esta forma mejorar la calidad de vida.

Además de ello los resultados obtenidos contribuyen a incrementar investigaciones futuras con respecto a la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa de Chiclayo. Lo que permite ampliar el conocimiento científico acerca del vínculo y complejidad de ambas variables.

De este modo los futuros investigadores se ven beneficiados en temas similares, debido a que se podrá utilizar como antecedente, a su vez se ampliará el número de investigaciones, y así se podrá obtener un conocimiento más profundo de este problema.

A nivel institucional la investigación ha sido de utilidad para el consultorio psicológico, a fin de tener datos precisos que permitan abordar el problema con técnicas terapéuticas apropiadas para cada caso.

1.6. Definición y Operacionalización de variables:

Variables	Dimensiones	Niveles de Medición	Instrumento
Calidad de vida (Variable dependiente)	Hogar y bienestar económico	Ordinal	“Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes”
	Amigos, vecindario y comunidad	Ordinal	
	Vida familiar y familia extensa	Ordinal	
	Educación y ocio	Ordinal	
	Medios de comunicación	Ordinal	
	Religión	Ordinal	
	Salud	Ordinal	
Depresión estado rasgo (Variable independiente)	Depresión estado	Ordinal	Inventario de depresión estado-rasgo de Spielberger
	Depresión rasgo	Ordinal	

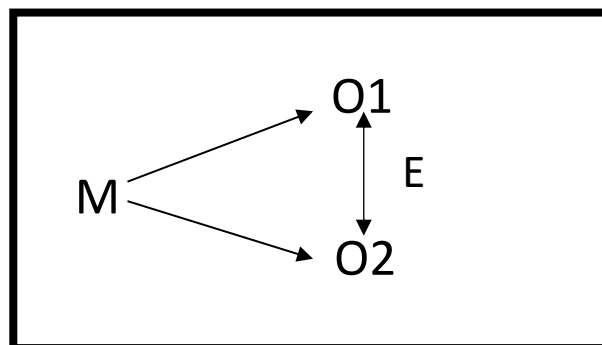
2. Materiales y Métodos

2.1. Tipo de Investigación

Es un estudio cuantitativo de tipo correlacional, con el propósito de medir el grado de relación que existe entre las variables calidad de vida y depresión estado rasgo, para observar si están o no correlacionadas, el diseño de la investigación es no experimental (Hernández, Fernández y Baptista, 2016).

2.2. Diseño de Investigación

El diseño de Investigación, busca identificar probables relaciones entre dos variables, analizar la variación de la variable independiente a fin de que genere cambios en la variable dependiente. El propósito es describir las variables y analizar su relación en un momento dado. (Hernández, 2016).



Dónde:

- M : Estudiantes de secundaria.
- O1 : Calidad de vida.
- O2 : Depresión estado rasgo.
- E : Correlación.

2.3. Población y muestra

- La Población.

La población estuvo conformada por estudiantes de secundaria de una institución educativa de Chiclayo.

N=120

2.4. Instrumentos y técnicas de recolección de datos

- **Método:** Cuantitativo; Es un proceso secuencial que usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Hernández, et al).
- **Técnica:** Para la presente investigación se utilizó la Técnica de Evaluación Psicométrica en donde utilizamos la Batería de Pruebas correspondiente.
- **Instrumentos Utilizados.**

Instrumento N°1 Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes

Los objetivos de esta Escala son medir las percepciones individuales de satisfacción dentro de los dominios de la experiencia vital de los individuos como, por ejemplo: Bienestar económico, amigos, vida familiar, educación medios de comunicación, religión y salud. Los ítems son de tipo Likert con las siguientes opciones: 1 = Insatisfecho, 2 = Un poco satisfecho, 3 = Más o menos satisfecho; 4 = Bastante satisfecho y 5 = Completamente satisfecho.

La administración del instrumento fue colectiva y el tiempo de aplicación fue de aproximadamente quince (15) minutos.

Validez

El proceso de validación de constructo de la Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes, se realizó a partir del análisis factorial, tal como lo sugiere Muñiz (1996). En el estudio de primer orden, se identificaron 7 factores extraídos, los cuales confirman la estructura teórica del instrumento. Los factores analizados en este estudio fueron los siguientes: factor 1 (Hogar y Bienestar Económico), factor 2 (Amigos Vecindario y Comunidad), factor 3 (Vida Familiar y Familia Extensa), factor 4 (Educación y Ocio), factor 5 (Medios de Comunicación), factor 6 (Religión) y factor 7 (Salud) Grimaldo, (2003).

Confiabilidad

La escala de calidad de vida demuestra índices de confiabilidad aceptables en lo que respecta a su consistencia interna, lo cual constituye un indicador positivo en torno a su precisión para evaluar la calidad de vida. Se obtuvo ,86 Alfa de Cronbach para la muestra total. La corrección del instrumento se llevó a cabo de la siguiente manera:

- Se sumaron las puntuaciones correspondientes a cada uno de los ítems contestados considerando que cada respuesta tiene un puntaje correspondiente a: 1, 2, 3, 4, 5, considerando la marca realizada por el examinado.
- Las puntuaciones directas obtenidas se ubican en la parte final de la prueba.

Instrumento N°2

INVENTARIO DE DEPRESIÓN ESTADO RASGO

Ficha técnica

Nombre: Inventario de depresión Estado- Rasgo.

Nombre Original: State/trat Depression Questionnaire.

Autor: Ch. D. Spielberger.

Procedencia: Psychological assesment Resources.

Adaptación española: Gualberto Buela- Casal y Diana Agudelo Vélez (2008).

Ámbito de aplicación: Adolescentes, jóvenes y adultos.

Duración: Variable, entre 7 y 10 minutos.

Finalidad: Evaluación del componente afectivo de la depresión mediante dos escalas, Estado y Rasgo, y cuatro sub escalas (Eutimia –E, Distimia- E, Eutimia- R, Distimia- R)

Baremación: Baremos por sexo de adolescentes, universitarios, población general y población clínica en percentiles.

Material: Manual y material autocorregible (Varones y mujeres).

Confiabilidad:

El cálculo de la confiabilidad del IDER se realizó mediante una única aplicación de la prueba en términos de consistencia interna. Ya que el inventario puede aplicarse a diferentes grupos y con diferentes finalidades y estas características pueden ajustarse en mayor o menor medida a las propiedades psicométricas y a la finalidad de la prueba, se decidió calcular el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach e cada uno de los grupos. Los resultados, teniendo en cuenta el carácter de autoinforme de la prueba y el reducido número de elementos de las subescalas y las escalas, pueden calificarse como muy satisfactorios.

2.5. Análisis estadístico

Para el análisis estadístico de los datos de investigación que se aplicó: El coeficiente de correlación de Pearson. Ello estuvo acompañado de tablas unidimensionales de frecuencia y porcentajes. Para una mejor ilustración de los resultados se diseñarán figuras en barra, tortas; según sea el caso. Todo análisis estadístico de los datos fue analizado mediante el software SPSS versión 22 español y como medio auxiliar el programa de Excel, 2017

3. RESULTADOS

En la presente tabla se puede apreciar que existe una correlación positiva baja ($r = 0,273$) significativa entre la calidad de vida y la depresión estado ($p < 0,05$), así mismo se encontró que existe una correlación positiva muy baja ($r = 0,193$) significativa entre la calidad de vida y la depresión rasgo ($p < 0,05$).

Tabla 1

Análisis correlacional entre la variable Calidad de vida y depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa. Chiclayo, 2018.

Correlaciones		Depresión estado	Depresión rasgo
Calidad de vida	Correlación de Pearson	,273**	,193*
	Sig. (bilateral)	0,003	0,035
	N	120	120

Fuente: Escala libro de calidad de vida y el Inventario de depresión estado rasgo

P < 0,05 relación estadística significativa.

En la presente tabla se puede apreciar que el 82,5% de los evaluados se encuentran en el nivel tendencia baja calidad de vida y el 17,5% se encuentra en el nivel tendencia buena calidad de vida.

Tabla 2

Análisis descriptivo de la variable Calidad de vida en estudiantes de secundaria de una institución educativa. Chiclayo,2018.

Calidad de vida		
	F	%
Tendencia baja	99	82,5
Tendencia buena	21	17,5
Total	120	100,0

Fuente: Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes

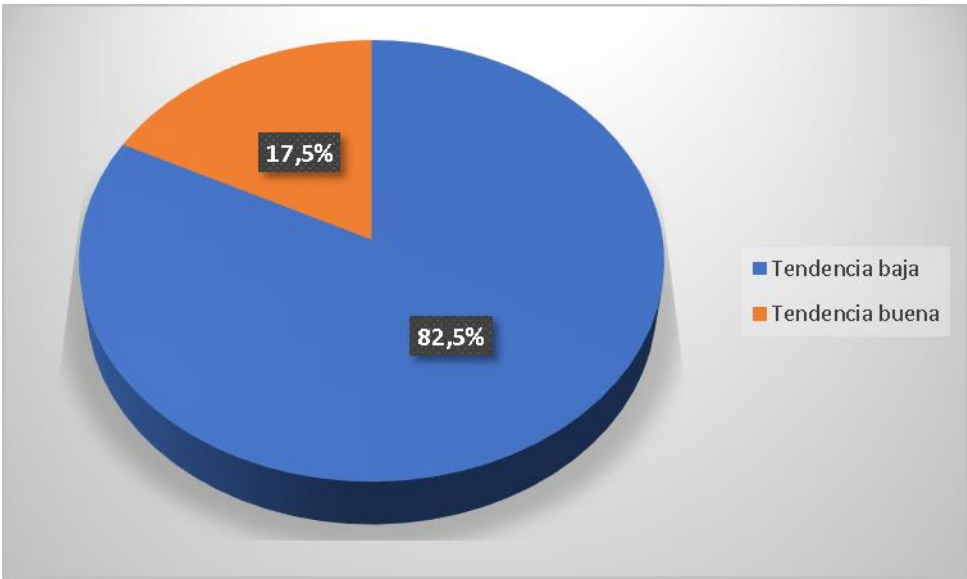


Figura 1

Análisis descriptivo de la variable Calidad de vida y depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa.

En la presente tabla se puede apreciar que el 71,7% de los evaluados se encuentran en el nivel presencia y el 28,3% se encuentra en el nivel normal en depresión estado.

Tabla 3

Análisis descriptivo de la variable depresión estado en estudiantes de secundaria de una institución educativa. Chiclayo, 2018.

Depresión Estado		
	F	%
Normal	34	28,3
presencia	86	71,7
Total	120	100,0

Fuente: Inventario de depresión estado rasgo

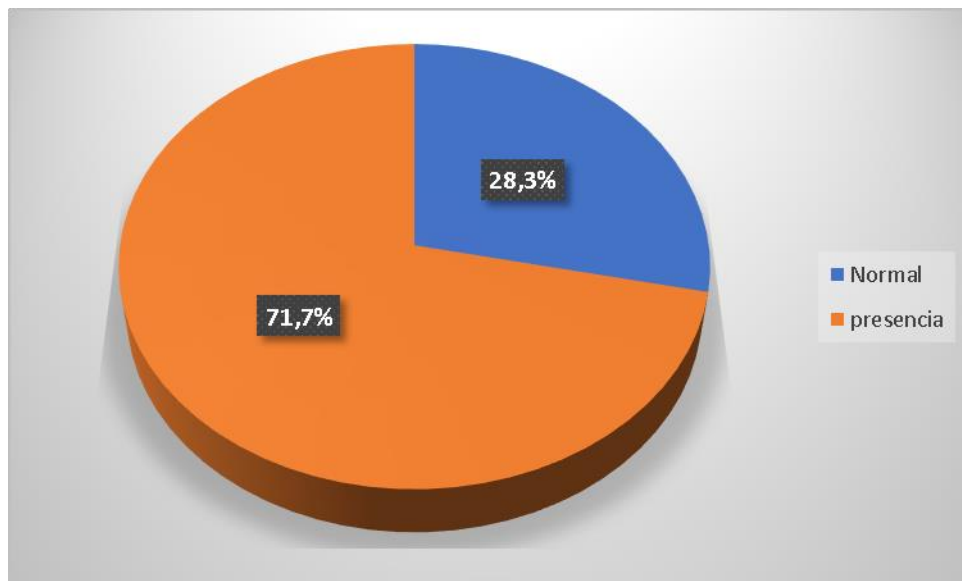


Figura 1

Análisis descriptivo de la variable Calidad de vida y depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa.

En la presente tabla se puede apreciar que el 64,2% de los evaluados se encuentran en el nivel presencia y el 35,8% se encuentra en el nivel normal de depresión rasgo.

Tabla 4

Análisis descriptivo de la variable depresión rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa.

Depresión Rasgo		
	F	%
Normal	43	35,8
presencia	77	64,2
Total	120	100,0

Fuente: Inventario de depresión estado rasgo

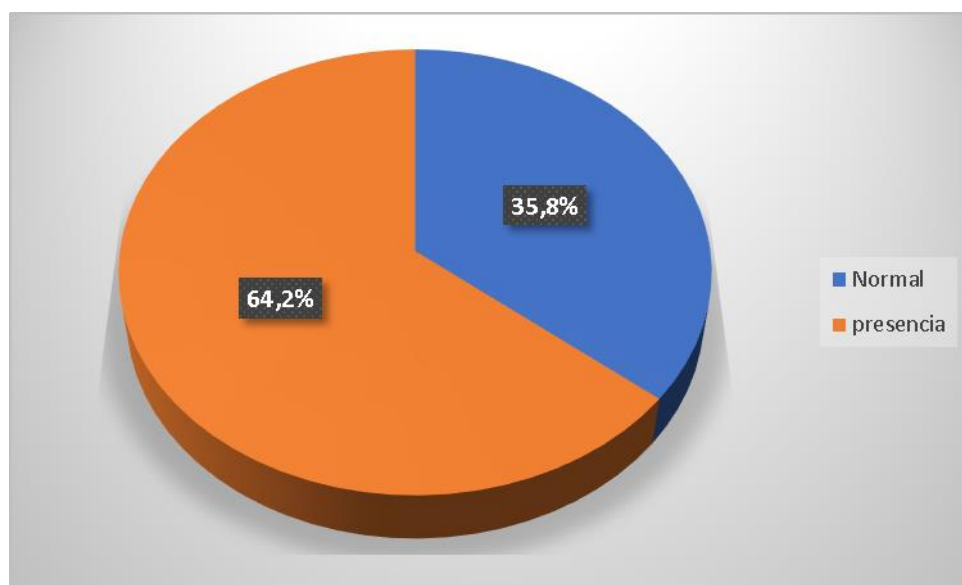


Figura 1

Análisis descriptivo de la variable depresión rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa.

En la presente tabla se puede apreciar que existe una correlación positiva muy baja ($r= 0,273$) no significativa entre el factor 1 de calidad de vida y la depresión estado ($p>0,05$), así mismo se encontró una correlación positiva muy baja ($r= 0,118$) no significativa entre el factor 1 de calidad de vida y la depresión rasgo ($p>0,05$).

Tabla 5

Análisis correlacional entre el factor 1 de la variable Calidad de vida y depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa.

Chiclayo,2018.

Correlaciones		Depresión estado	Depresión rasgo
Factor 1	Correlación de Pearson	0,166	0,118
	Sig. (bilateral)	0,070	0,201
N		120	120

Fuente: Escala libro de calidad de vida y el Inventario de depresión estado rasgo

$P>0,05$ relación estadística no significativa.

En la presente tabla se puede apreciar que existe una correlación positiva baja ($r = 0,330$) significativa entre el factor 2 de calidad de vida y la depresión estado ($p < 0,05$), así mismo se encontró que existe una correlación positiva muy baja ($r = 0,201$) significativa entre el factor 2 de calidad de vida y la depresión rasgo ($p < 0,05$).

Tabla 6

Análisis correlacional entre el factor 2 de la variable Calidad de vida y depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa.
Chiclayo, 2018.

Correlaciones		Depresión estado	Depresión rasgo
Factor 2	Correlación de Pearson	,330**	,201*
	Sig. (bilateral)	0,000	0,028
N		120	120

Fuente: Escala libro de calidad de vida y el Inventario de depresión estado rasgo

P < 0,05 relación estadística significativa.

En la presente tabla se puede apreciar que existe una correlación positiva baja ($r = 0,212$) significativa entre el factor 3 de calidad de vida y la depresión estado ($p < 0,05$), así mismo se encontró que existe una correlación positiva muy baja ($r = 0,193$) significativa entre el factor 3 de calidad de vida y la depresión rasgo ($p < 0,05$).

Tabla 7

Análisis correlacional entre el factor 3 de la variable Calidad de vida y depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa.
Chiclayo, 2018.

Correlaciones		Depresión estado	Depresión rasgo
Factor 3	Correlación de Pearson	,212*	,182*
	Sig. (bilateral)	0,020	0,047
N		120	120

Fuente: Escala libro de calidad de vida y el Inventario de depresión estado rasgo

P < 0,05 relación estadística significativa.

En la presente tabla se puede apreciar que existe una correlación positiva muy baja ($r= 0,284$) no significativa entre el factor 4 de calidad de vida y la depresión estado ($p>0,05$), así mismo se encontró que existe una correlación positiva muy baja ($r= 0,039$) no significativa entre el factor 4 calidad de vida y la depresión rasgo ($p<0,05$).

Tabla 8

Análisis correlacional entre el factor 4 de la variable Calidad de vida y depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa.

Chiclayo,2018.

Correlaciones		Depresión estado	Depresión rasgo
Factor 4	Correlación de Pearson	0,084	0,039
	Sig. (bilateral)	0,361	0,675
N		120	120

Fuente: Escala libro de calidad de vida y el Inventario de depresión estado rasgo

$P>0,05$ relación estadística no significativa.

En la presente tabla se puede apreciar que existe una correlación positiva baja ($r = 0,345$) significativa entre el factor 5 de calidad de vida y la depresión estado ($p < 0,05$), así mismo se encontró que existe una correlación positiva muy baja ($r = 0,236$) significativa entre el factor 5 calidad de vida y la depresión rasgo ($p < 0,05$).

Tabla 9

Análisis correlacional entre el factor 5 de la variable Calidad de vida y depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa.
Chiclayo, 2018.

Correlaciones		Depresión estado	Depresión rasgo
Factor 5	Correlación de Pearson	,345**	,236**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,009
	N	120	120

Fuente: Escala libro de calidad de vida y el Inventario de depresión estado rasgo

P < 0,05 relación estadística significativa.

En la presente tabla se puede apreciar que existe una correlación positiva baja ($r = 0,213$) significativa entre el factor 6 de calidad de vida y la depresión estado ($p < 0,05$), así mismo se encontró que existe una correlación positiva muy baja ($r = 0,083$) no significativa entre el factor 6 calidad de vida y la depresión rasgo ($p > 0,05$).

Tabla 10

Análisis correlacional entre el factor 6 de la variable Calidad de vida y depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa.
Chiclayo, 2018.

Correlaciones			
		Depresión estado	Depresión rasgo
Factor 6	Correlación de Pearson	,213*	0,083
	Sig. (bilateral)	0,019	0,367
	N	120	120

Fuente: Escala libro de calidad de vida y el Inventario de depresión estado rasgo

$P < 0,05$ relación estadística significativa.

En la presente tabla se puede apreciar que existe una correlación positiva muy baja ($r= 0,125$) no significativa entre el factor 7 de calidad de vida y la depresión estado ($p<0,173$), así mismo se encontró que existe una correlación positiva muy baja ($r= 0,098$) no significativa entre el factor 7 calidad de vida y la depresión rasgo ($p>0,05$).

Tabla 11

Análisis correlacional entre el factor 7 de la variable Calidad de vida y depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa.

Chiclayo,2018.

Correlaciones		Depresión estado	Depresión rasgo
Factor 7	Correlación de Pearson	0,125	0,098
	Sig. (bilateral)	0,173	0,289
	N	120	120

Fuente: Escala libro de calidad de vida y el Inventario de depresión estado rasgo

$P<0,05$ relación estadística significativa.

4. DISCUSIÓN

En el presente trabajo de investigación el cual tuvo como objetivo determinar la relación existente entre calidad de vida y depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa.

Pertenece al diseño no experimental de tipo descriptivo- correlacional. Entre los resultados generales se encontró que existe una correlación positiva baja ($r=0,273$) significativa entre la calidad de vida y la depresión estado ($p<0,05$), así mismo se encontró que existe una correlación positiva muy baja ($r=0,193$) significativa entre la calidad de vida y la depresión rasgo ($p<0,05$).

Lo cual significa que dichas variables actúan de manera conjunta, es decir para que haya una buena calidad de vida se presenciaran índices bajos en depresión estado rasgo o viceversa. Para los destacados investigadores Olson y Barnes citado en Grimaldo (2003) “la calidad de vida es la percepción que la persona tiene de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr su satisfacción. No existe una calidad de vida absoluta, ella es el fruto de un proceso en desarrollo y se organiza a lo largo de una escala continua entre valores extremos de alta u óptima y baja o deficiente calidad de vida” Así mismo, Grimaldo (2003) “refiere que el fenómeno calidad de vida viene a ser el fruto de las relaciones entre las condiciones objetivas de vida y variables más subjetivas personales, en una relación que da como resultado un mayor o menor índice de satisfacción y de felicidad de los individuos. De allí su complejidad en la definición de este concepto. El concepto de calidad de vida cubre todos los aspectos de la vida tal y como son experimentados por los individuos; aspectos tales como: salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia, sentido de pertenecer a

ciertas instituciones y confianza, entre otros". por otro lado Spielberger (2003) "hace una definición con respecto a la depresión estado tomando como base el DSM-IV-TR en la cual especifica que, depresión estado se refiere a una condición puntual, con presencia de síntomas dentro de un periodo de al menos dos semanas" mientras que la depresión rasgo "hace referencia a una disposición general de la afectividad, de mayor duración aunque menos intensidad que el estado y que genera vulnerabilidad frente a la posibilidad de desarrollar reacciones depresivas.

Siguiendo con el análisis observamos que el 82,5% de los evaluados se encuentran en el nivel tendencia baja calidad de vida y el 17,5% se encuentra en el nivel tendencia buena calidad de vida. Lo cual según Olson y Barnes citado en Grimaldo (2003) significa que la percepción que la persona tiene de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr su satisfacción tienen tendencia a ser negativas.

Siguiendo con el análisis, en cuanto a la variable depresión estado rasgo, observamos que el 71,7% de los evaluados se encuentran en el nivel presencia y el 28,3% se encuentra en el nivel normal en depresión estado, lo cual según Spielberger (2003) indicaría la existencia de un episodio depresivo mayor o un trastorno depresivo mayor, además el 64,2% de los evaluados se encuentran en el nivel presencia y el 35,8% se encuentra en el nivel normal de depresión rasgo lo cual según Spielberger (2003) indicaría que habría vulnerabilidad frente a la posibilidad de desarrollar reacciones depresivas.

En cuanto a los resultados correlacionales pudimos observar que existe una correlación positiva muy baja ($r = 0,273$) no significativa entre el factor 1 de calidad de vida y la depresión estado ($p > 0,05$), así mismo se encontró una correlación positiva

muy baja ($r = 0,118$) no significativa entre el factor 1 de calidad de vida y la depresión rasgo ($p > 0,05$). Según Olson & Barnes (citado por Grimaldo (2003) el factor uno de la variable calidad de vida se refiere a la satisfacción que las personas tienen de sus necesidades básicas, condiciones de vivienda, etc. Por otro lado Spielberger (2003) “hace una definición con respecto a la depresión estado tomando como base el DSM-IV-TR en la cual especifica que, depresión estado se refiere a una condición puntual, con presencia de síntomas dentro de un periodo de al menos dos semanas” mientras que la depresión rasgo “hace referencia a una disposición general de la afectividad, de mayor duración aunque menos intensidad que el estado y que genera vulnerabilidad frente a la posibilidad de desarrollar reacciones depresivas.

En cuanto al factor dos (amigos vecindario y comunidad) de la variable calidad de vida, se encontró que existe una correlación positiva baja ($r = 0,330$) significativa entre el factor 2 de calidad de vida y la depresión estado ($p < 0,05$), así mismo se encontró que existe una correlación positiva muy baja ($r = 0,201$) significativa entre el factor 2 de calidad de vida y la depresión rasgo ($p < 0,05$). Según Olson & Barnes (citado por Grimaldo (2003) el factor dos hace mención a la satisfacción que tiene la persona para interrelacionarse con amigos, su vecindario y además de la seguridad de su comunidad con la facilidad para realizar compras. Por otro lado Spielberger (2003) “hace una definición con respecto a la depresión estado tomando como base el DSM-IV-TR en la cual especifica que, depresión estado se refiere a una condición puntual, con presencia de síntomas dentro de un periodo de al menos dos semanas” mientras que la depresión rasgo “hace referencia a una disposición general de la afectividad, de mayor duración aunque menos intensidad que el estado y que

genera vulnerabilidad frente a la posibilidad de desarrollar reacciones depresivas.

Con respecto al factor tres (familia y familia extensa) se encontró que existe una correlación positiva baja ($r= 0,212$) significativa entre el factor 3 de calidad de vida y la depresión estado ($p<0,05$), así mismo se encontró que existe una correlación positiva muy baja ($r= 0,193$) significativa entre el factor 3 de calidad de vida y la depresión rasgo ($p<0,05$). Según Olson & Barnes (citado por Grimaldo (2003) el factor tres manifiesta la satisfacción de la relación que tiene una persona con cada uno de los miembros de la familia, parientes (abuelos, tíos, primos). Por otro lado Spielberger (2003) “hace una definición con respecto a la depresión estado tomando como base el DSM-IV-TR en la cual especifica que, depresión estado se refiere a una condición puntual, con presencia de síntomas dentro de un periodo de al menos dos semanas” mientras que la depresión rasgo “hace referencia a una disposición general de la afectividad, de mayor duración aunque menos intensidad que el estado y que genera vulnerabilidad frente a la posibilidad de desarrollar reacciones depresivas.

En cuanto al factor cuatro (educación y ocio) se encontró que existe una correlación positiva muy baja ($r= 0,284$) no significativa entre el factor 4 de calidad de vida y la depresión estado ($p>0,05$), así mismo se encontró que existe una correlación positiva muy baja ($r= 0,039$) no significativa entre el factor 4 calidad de vida y la depresión rasgo ($p<0,05$). Según Olson & Barnes (citado por Grimaldo (2003) el factor cuatro determina el grado de satisfacción según el grado de estudios alcanzados, además el tiempo libre que tiene y la forma como lo emplea. A su vez Spielberger (2003) “hace una definición con respecto a la depresión estado tomando como base el DSM-IV-TR en la cual especifica que,

depresión estado se refiere a una condición puntual, con presencia de síntomas dentro de un periodo de al menos dos semanas” mientras que la depresión rasgo “hace referencia a una disposición general de la afectividad, de mayor duración aunque menos intensidad que el estado y que genera vulnerabilidad frente a la posibilidad de desarrollar reacciones depresivas”.

En cuanto al factor cinco (medios de comunicación) se encontró que que existe una correlación positiva baja ($r= 0,345$) significativa entre el factor 5 de calidad de vida y la depresión estado ($p<0,05$), así mismo se encontró que existe una correlación positiva muy baja ($r= 0,236$) significativa entre el factor 5 calidad de vida y la depresión rasgo ($p<0,05$). Según Olson & Barnes (citado por Grimaldo (2003) el factor cinco determina la satisfacción que tiene respecto a la calidad de programas de televisión, cines, periódicos y revistas, que hacen uso en su vida. Del mismo modo Spielberger (2003) “hace una definición con respecto a la depresión estado tomando como base el DSM-IV-TR en la cual especifica que, depresión estado se refiere a una condición puntual, con presencia de síntomas dentro de un periodo de al menos dos semanas” mientras que la depresión rasgo “hace referencia a una disposición general de la afectividad, de mayor duración aunque menos intensidad que el estado y que genera vulnerabilidad frente a la posibilidad de desarrollar reacciones depresivas”.

En cuanto al factor seis (religión) se encontró que que existe una correlación positiva baja ($r= 0,213$) significativa entre el factor 6 de calidad de vida y la depresión estado ($p<0,05$), así mismo se encontró que existe una correlación positiva muy baja ($r= 0,083$) no significativa entre el factor 6 calidad de vida y la depresión rasgo ($p>0,05$). Según Olson & Barnes (citado por Grimaldo (2003) el factor seis determina satisfacción de la persona en relación con la vida religiosa en su

entorno y de su comunidad. Por otro lado Spielberger (2003) “hace una definición con respecto a la depresión estado tomando como base el DSM-IV-TR en la cual especifica que, depresión estado se refiere a una condición puntual, con presencia de síntomas dentro de un periodo de al menos dos semanas” mientras que la depresión rasgo “hace referencia a una disposición general de la afectividad, de mayor duración aunque menos intensidad que el estado y que genera vulnerabilidad frente a la posibilidad de desarrollar reacciones depresivas”.

Finalmente, con respecto al el factor siete (salud) se encontró que existe una correlación positiva muy baja ($r = 0,125$) no significativa entre el factor 7 de calidad de vida y la depresión estado ($p < 0,173$), así mismo se encontró que existe una correlación positiva muy baja ($r = 0,098$) no significativa entre el factor 7 calidad de vida y la depresión rasgo ($p > 0,05$). Según Olson & Barnes (citado por Grimaldo (2003) el factor siete indica la satisfacción de salud en el individuo, asimismo la salud presente en los miembros de la familia. Por otro lado Spielberger (2003) “hace una definición con respecto a la depresión estado tomando como base el DSM-IV-TR en la cual especifica que, depresión estado se refiere a una condición puntual, con presencia de síntomas dentro de un periodo de al menos dos semanas” mientras que la depresión rasgo “hace referencia a una disposición general de la afectividad, de mayor duración aunque menos intensidad que el estado y que genera vulnerabilidad frente a la posibilidad de desarrollar reacciones depresivas”.

5. CONCLUSIONES

El estudio llega a las siguientes conclusiones en estudiantes de secundaria de una institución educativa:

- Existe una correlación positiva baja ($r = 0,273$) significativa entre la calidad de vida y la depresión estado ($p < 0,05$), así mismo se encontró que existe una correlación positiva muy baja ($r = 0,193$) significativa entre la calidad de vida y la depresión rasgo ($p < 0,05$).
- El 82,5% de los evaluados se encuentran en el nivel tendencia baja calidad de vida y el 17,5% se encuentra en el nivel tendencia buena calidad de vida.
- El 71,7% de los evaluados se encuentran en el nivel presencia y el 28,3% se encuentra en el nivel normal en depresión estado.
- El 64,2% de los evaluados se encuentran en el nivel presencia y el 35,8% se encuentra en el nivel normal de depresión rasgo.
- Existe una correlación positiva muy baja ($r = 0,273$) no significativa entre el factor 1 de calidad de vida y la depresión estado ($p > 0,05$), así mismo se encontró una correlación positiva muy baja ($r = 0,118$) no significativa entre el factor 1 de calidad de vida y la depresión rasgo ($p > 0,05$).
- En cuanto al factor dos (amigos vecindario y comunidad) existe una correlación positiva baja ($r = 0,330$) significativa entre el factor 2 de calidad de vida y la depresión estado ($p < 0,05$), así mismo se encontró que existe una correlación positiva muy baja ($r = 0,201$) significativa entre el factor 2 de calidad de vida y la depresión rasgo ($p < 0,05$).

- En el factor tres (familia y familia extensa) existe una correlación positiva baja ($r= 0,212$) significativa entre el factor 3 de calidad de vida y la depresión estado ($p<0,05$), así mismo se encontró que existe una correlación positiva muy baja ($r= 0,193$) significativa entre el factor 3 de calidad de vida y la depresión rasgo ($p<0,05$).
- En cuanto al factor cuatro (educación y ocio) existe una correlación positiva muy baja ($r= 0,284$) no significativa entre el factor 4 de calidad de vida y la depresión estado ($p>0,05$), así mismo se encontró que existe una correlación positiva muy baja ($r= 0,039$) no significativa entre el factor 4 calidad de vida y la depresión rasgo ($p<0,05$).
- En cuanto al factor cinco (medios de comunicación) existe una correlación positiva baja ($r= 0,345$) significativa entre el factor 5 de calidad de vida y la depresión estado ($p<0,05$), así mismo se encontró que existe una correlación positiva muy baja ($r= 0,236$) significativa entre el factor 5 calidad de vida y la depresión rasgo ($p<0,05$).
- En el factor seis (religión) existe una correlación positiva baja ($r= 0,213$) significativa entre el factor 6 de calidad de vida y la depresión estado ($p<0,05$), así mismo se encontró que existe una correlación positiva muy baja ($r= 0,083$) no significativa entre el factor 6 calidad de vida y la depresión rasgo ($p>0,05$).
- Finalmente con respecto al el factor siete (salud) existe una correlación positiva muy baja ($r= 0,125$) no significativa entre el factor 7 de calidad de vida y la depresión estado ($p<0,173$), así mismo se encontró que existe una correlación positiva muy baja ($r= 0,098$) no significativa entre el factor 7 calidad de vida y la depresión rasgo ($p>0,05$).

6. RECOMENDACIONES

Después de conocer las conclusiones del presente trabajo de investigación se recomienda las siguientes actividades:

- Establecer una campaña de sensibilización sobre la calidad de vida que se le está dando a los adolescentes, tratando de involucrar a los diferentes organismos del estado, para que puedan apoyar a esta población que cada vez es más vulnerable.
- Realizar un programa de prevención de la depresión, este programa debe involucrar a padres de familia, estudiantes y profesores.
- Realizar talleres para mejorar y optimizar las relaciones sociales con sus pares, para que ellos tengan un bienestar general y por consiguiente una buena calidad de vida.
- Realizar otros estudios con variables similares para tener referentes que permitan un amplio panorama de ir conociendo y mejorando la realidad de la mencionada organización y de la población en general.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y ANEXOS.

Agudelo Vélez, D. M., Casadiegos Garzón, C. P., & Sánchez Ortiz, D. L. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1).

American Psychological Association. (2010). *Manual de Publicaciones de la APA*. Editorial El Manual Moderno.

American Psychological Association. (2010). *APA. Diccionario conciso de psicología*. Editorial El Manual Moderno.

American Psychological Association. (2008). Report of the APA Task Force on the Sexualization of Girls.

Álvarez, Y. S., López, M. V., Mendoza, O. M., & Bravo, G. H. (2013). Relación entre satisfacción con el ambiente familiar y depresión en adolescentes. *Psicología y salud*, 23(1), 141-148.

Barnes, H. L., & Olson, D. H. (1985). Parent-adolescent communication and the circumplex model. *Child development*, 438-447.

Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Paidós ibérica.

Beck, U., & Rey, J. A. (2002). *La sociedad del riesgo global*. Madrid: Siglo veintiuno.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Brouwer.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490-498.

Botella, C., Rivera, R. M. B., Palacios, A. G., Quero, S., Guillén, V., & Marco, H. J. (2007). La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica. *UOC Papers: revista sobre la societat del coneixement*, (4).

Bolzetta, F., Wetle, T., Besdine, R., Noale, M., Cester, A., Crepaldi, G., ... & Veronese, N. (2018). The relationship between different settings of medical service and incident frailty. *Experimental gerontology*, 108, 209-214.

Cabrera de León, A., Castillo Rodríguez, J. C. D., Domínguez Coello, S., Pérez, R., del Cristo, M., Brito Díaz, B., ... & González Hernández, A. (2009). Estilo de vida y adherencia al tratamiento de la población canaria con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 567-575.

Davies-Cooper, R., Cooper, R., Burton, E., & Cooper, C. L. (Eds.). (2014). *Wellbeing: A complete reference guide, wellbeing and the environment* (Vol. 2). John Wiley & Sons.

Fletcher, J. M., Lyon, G. R., Barnes, M., Stuebing, K. K., Francis, D. J., Olson, R. K., ... & Shaywitz, B. A. (2001). Classification of Learning Disabilities: An Evidence-Based Evaluation. Executive Summary.

Fernández, V. J. (2017). "Depresión y agresividad en escolares del nivel secundario de una Institución Educativa Nacional de la ciudad de Chimbote". Chimbote.

Figueroa, G. R. (2013). "calidad de vida en alumnos adolescentes de un colegio privado de Santa Cruz Del Quiché.". GUATEMALA.

Guillén García, F., Castro Sánchez, J. J., & Guillén García, M. Á. (1997). Calidad de vida, salud y ejercicio físico. *Revista de psicología del deporte*, 6(2), 0091-110.

Grimaldo Muchotrigo, M. P. (2010). Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima. *Pensamiento psicológico*, 8(15).

Grimaldo, M. (2003). Escala de calidad de vida de Olson y Barnes. *Manual técnico*. Lima: Universidad San Martín de Porres. Escuela de Psicología, Instituto de Investigación.

Grimaldo, M. (2003). Manual técnico de la escala de calidad de vida de Barnes y Olson. Lima: Universidad de San Martín de Porres.

G., Toledano, Y., Plasencia Asorey, C., Nápoles Smith, N., Silveria Digón, S., & Castillo Varona, E. (2009). Calidad de vida de pacientes con asma ingresados en los servicios de Medicina Interna y Neumología. *Medisan*, 13(2), 0-0.

Horowitz, J. L., & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(3), 401.

HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ, C., & BAPTISTA, L. (2016). Metodología de la Investigación. Iztapalapa, México DF.

Horowitz, J & Garber, J. (2006). The prevention of depressive Symptoms in Children and Adolescents: A meta-analytic. Review Journal of consulting and a clinical psychochology. 74 (3), 401-415.

Huerta, Aliaga & Campos (2015) Depresión y cólera-hostilidad en alumnos víctimas de violencia intrafamiliar, de cuarto grado de secundaria de instituciones educativas estatales de zonas urbano marginales de la ciudad de Lima). Revista IIPSI, 2(18) ,83-100.

Instituto Nacional de Estadística e informática INEI Perú (INEI, 2008). Censo Nacional: XI de población y VI de vivienda, sistema de consulta de resultados censales. Recuperado de <http://desa.inei.gob.pe/censos2007/tabulados/>.

Loza, M. (2010) Creencias docentes sobre conductas agresivas de los niños en la institución educativa de educación inicial en la ciudad de Lima (tesis de pregrado) Universidad Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Manios V. M. & Rosero C. B. (2011). "Manifestaciones y Grados de depresión en un grupo de adolescentes de una Institución Educativa Distrital, de la localidad de Suba" (Tesis doctoral). Pontifica Universidad Javeriana. Suba, Bogotá. Recuperado de <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/9636/1/Tesis16-8.pdf>.

Juárez-Ramírez, C., Márquez-Serrano, M., Salgado de Snyder, N., Pelcastre-Villafuerte, B. E., Ruelas-González, M. G., & Reyes-Morales, H. (2014). La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35, 284-290.

Olson, D., McCubbin, H. I., Barnes, H., Muxen, M., & Wilson, M. (1989). Inventarios sobre familia. *Bogotá: Universidad de Santo Tomás*.

Organizacion Mundial de la Salud (Ginebra). (1992). *Cie 10. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Meditor.

World Health Organization. (1992). CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.

Spielberger, R. K., Jensen, R. J., & Wagner, T. G. (2003). *U.S. Patent No. 6,657,134*. Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office.

Spielberger, R., Jensen, R., & Wagner, T. (2003). *U.S. Patent Application No. 09/998,348*.

ANEXOS

ANEXO 01
CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por el bachiller en Psicología de la Universidad Particular de Chiclayo con el objetivo de determinar la relación entre la calidad de vida y la depresión estado rasgo en estudiantes de secundaria de una institución educativa.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar un cuestionario. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Desde ya agradezco su participación.

PARTICIPANTE FIRMA

INVESTIGADOR FIRMA

ANEXO 02

“Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes”

I. PRESENTACIÓN. La presente escala tiene como objetivo medir las percepciones individuales de satisfacción dentro de los dominios de la experiencia vital de los individuos teniendo en cuenta 07 factores. La sinceridad con que respondan a las preguntas será de gran utilidad para la investigación. La información que se proporcione será totalmente confidencial y solo se manejarán resultados globales.

II. INSTRUCCIONES: A continuación te presentamos oraciones referidas a diferentes aspectos de tu vida. Lee cada una de ellas y marca la alternativa que consideres conveniente. Recuerda que no hay respuestas correctas, ni incorrecta.

III. DATOS GENERALES:

Sexo: **Fecha:**

Grado:

Sección:

Que tan Satisfecho estás con:	ESCALA DE RESPUESTAS				
	1	2	3	4	5
	Insatisfecho	Un poco Satisfecho	Más o menos Satisfecho	Bastante Satisfecho	Completamente Satisfecho
HOGAR Y BIENESTAR ECONOMICO					
1. Tus actuales condiciones de vivienda.					
2. Tus responsabilidades en la casa.					
3. La capacidad de tu familia para satisfacer tus necesidades básicas.					
4. La capacidad de tu familia para darles lujos.					
5. La cantidad de dinero que tienes para gastar.					
AMIGOS, VECINDARIO Y COMUNIDAD					
6. Tus amigos.					
7. Las facilidades para hacer compras en tu comunidad.					

8. La seguridad en tu comunidad, o el barrio donde vives.					
9. Las facilidades para recreación (Parque, campos de juegos, etc.)					

	ESCALA DE RESPUESTAS				
	1	2	3	4	5
Que tan Satisfecho estás con:	Insatisfecho	Un poco Satisfecho	Más o menos Satisfecho	Bastante Satisfecho	Completamente Satisfecho
VIDA FAMILIAR Y FAMILIA EXTENSA					
10. Tu familia.					
11. Tus hermanos.					
12. El número de hijos en tu familia.					
13. Tu relación con tus parientes (Abuelos, tíos, primos)					
EDUCACIÓN Y OCIO					
14. Tu actual situación escolar.					
15. El tiempo libre que tienes.					
16. La forma como usas tu tiempo libre.					
MEDIOS DE COMUNICACIÓN					

17. La cantidad de tiempo que los miembros de tu familia pasan viendo televisión.					
18. Calidad de los programas de televisión.					
19. Calidad del cine.					
20. La calidad de periódicos y revistas.					
RELIGIÓN					
21. La vida religiosa de tu familia.					
22. La vida religiosa de tu comunidad.					
SALUD					
23. Tu propia salud.					
24. La salud de otros miembros de la familia.					

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

PUNTAJE DIRECTO:..... **PERCENTIL:**

PUNTAJES T:

ANEXO 03

Inventario de depresión estado rasgo (IDER)

A continuación, se presenta una serie de frases que la gente usa para describirse a sí misma. Por favor, lea las correspondientes a la columna de su sexo (Varones o mujeres) y rodee con un círculo el número que más se aproxime a como se siente en este momento y generalmente. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos actuales y como se siente en la mayoría de las ocasiones.

VARONES

En este momento....	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien.	1	2	3	4
2. Estoy apenado.	1	2	3	4
3. Estoy decaído.	1	2	3	4
4. Estoy animado.	1	2	3	4
5. Me siento desdichado.	1	2	3	4
6. Estoy hundido.	1	2	3	4
7. Estoy contento.	1	2	3	4
8. Estoy triste.	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmado.	1	2	3	4
10. Me siento enérgico.	1	2	3	4

No se detenga continúe contestando del 11 al 20

Generalmente...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Disfruto la vida.	1	2	3	4
2. Me siento desgraciado.	1	2	3	4
3. Me siento pleno.	1	2	3	4
4. Me siento dichoso.	1	2	3	4
5. Tengo esperanzas sobre el futuro.	1	2	3	4
6. Estoy decaído.	1	2	3	4
7. No tengo ganas de nada.	1	2	3	4
8. Estoy hundido.	1	2	3	4
9. Estoy triste.	1	2	3	4
10. Me siento enérgico.	1	2	3	4

MUJERES

En este momento....	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien.	1	2	3	4
2. Estoy apenada.	1	2	3	4
3. Estoy decaída.	1	2	3	4
4. Estoy animada.	1	2	3	4
5. Me siento desdichada.	1	2	3	4
6. Estoy hundida.	1	2	3	4
7. Estoy contenta.	1	2	3	4
8. Estoy triste.	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmada.	1	2	3	4
10. Me siento enérgica.	1	2	3	4

No se detenga continúe del 11 al 20

Generalmente...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Disfruto la vida.	1	2	3	4
2. Me siento desgraciado.	1	2	3	4
3. Me siento plena.	1	2	3	4
4. Me siento dichosa.	1	2	3	4
5. Tengo esperanzas sobre el futuro.	1	2	3	4
6. Estoy decaída.	1	2	3	4
7. No tengo ganas de nada.	1	2	3	4
8. Estoy hundida.	1	2	3	4
9. Estoy triste.	1	2	3	4
10. Me siento enérgica.	1	2	3	4