

**CALIDAD DE VIDA CON RELACIÓN A LA SALUD EN JÓVENES CON SÍNTOMAS
DEPRESIVOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

CAROLINA BUSTAMANTE ESCOBAR

ANA MILENA RESTREPO ALVAREZ

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2020

**CALIDAD DE VIDA CON RELACIÓN A LA SALUD EN JÓVENES CON SÍNTOMAS
DEPRESIVOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

CAROLINA BUSTAMANTE ESCOBAR

ANA MILENA RESTREPO ALVAREZ

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicólogo

Asesor: Jonathan Andrés Hernández Calle, Magíster (MSc) en Epidemiología.

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2020

Agradecimientos

Queremos agradecer en primer lugar a la IUE y a todos los docentes que fueron parte de nuestra formación profesional, ya que no solo nos orientaron desde lo teórico y lo práctico sino también desde lo humano, fortaleciendo la dimensión del ser. Además, a nuestro asesor Jonathan Andrés Hernández Calle, quien nos invitó a formar parte de su macroproyecto y nos ha acompañado en el último año en esta experiencia investigativa, guiándonos y brindándonos sus conocimientos, apoyo y motivación.

Por otro lado, queremos expresar nuestra gratitud a nuestras familias y amigos, quienes nos han brindado su amor, cariño, comprensión y ayuda a través de los años de formación, siendo fundamentales para los momentos de frustración. A Orión, Olivia y Candelaria por animarnos y divertirnos en los momentos estresantes.

Asimismo, nos reconocemos como un buen equipo de trabajo y nos sentimos agradecidas por emprender y culminar este camino juntas.

Tabla de contenido

Abstract	6
Introducción	7
1. Planteamiento del Problema.....	8
2. Justificación.....	13
3. Objetivos	16
3.1. Objetivo General	16
3.2. Objetivos Específicos	16
4. Marco Referencial	17
4.1. Marco de antecedentes	17
4.2. Marco teórico	28
5. Metodología	43
5.1. Diseño del estudio	43
5.2. Base de datos y creación del árbol de búsqueda	43
5.3. Criterios para la selección de estudios	43
5.4. Instrumentos	43
5.4.1. JCR.....	43
5.4.2. STROBE	44
5.5. Procedimiento.....	44
5.6 Consideraciones éticas	45
6. Resultados	47
7. Discusión.....	58
8. Conclusiones	60
Referencias	61

Lista de Tablas

Tabla 1. Caracterización de los estudios incluidos en la revisión sistemática sobre diseño, población, instrumentos de medición y puntuación del STROBE.....47

Tabla 2. Objetivos, tipos de población y principales resultados de los estudios incluidos.....51

Lista de Figuras

Figura 1. Flujograma del proceso de búsqueda, selección y revisión de los artículos.....47

Resumen

El propósito de esta investigación fue conducir una revisión de la literatura sobre la calidad de vida con relación a la salud de los jóvenes con síntomas de depresión en los últimos 5 años. En este trabajo, la metodología consistió en una revisión sistemática con estudios observacionales cuantitativos; la búsqueda fue realizada en las bases de datos Scopus, Pubmed y Scielo, arrojando un total de 1642 artículos, de los cuales únicamente se incluyeron 11 para revisión completa después de analizarlos con la matriz JCR, y su calidad fue evaluada con la herramienta STROBE. Los resultados evidencian prevalencia de síntomas depresivos en esta población, y en todos los estudios analizados, se encuentra una correlación negativa entre éstos y la calidad de vida relacionada con la salud.

Palabras clave: Síntomas depresivos, depresión, jóvenes, universitarios, calidad de vida relacionada con la salud

Abstract

The aim of this research was to guide a systematic review about the Health Related Quality of Life (HRQoL) in young people with depression symptoms in the last 5 years. In this work, the methodology consisted of a systematic review with quantitative observational studies; The search was carried out in Scopus, Pubmed and Scielo, yielding a total of 1642 articles, of which only 11 were included for full review after analyzing them with the JCR matrix, and their quality was evaluated with the STROBE tool. The results show a prevalence of depressive symptoms in this population, and in all the studies analyzed, a negative correlation was found between these and health-related quality of life.

Keywords: Depression symptoms, depression, young people, undergraduates, health related quality of life

Introducción

La depresión es una de las enfermedades mentales con mayor prevalencia en la población mundial que afecta actividades laborales, escolares, familiares, hábitos de alimentación y sueño; y en general, la capacidad de disfrutar la vida en las personas que la padecen. Específicamente, la población universitaria tiene una prevalencia mayor de trastornos depresivos y ansiosos, en parte, gracias al ambiente universitario con la carga de exigencias, responsabilidades, evaluaciones y trabajos; así, como las diferentes presiones familiares, sociales, económicas, etc. y sumadas a factores propios del desarrollo evolutivo. Esto afecta el rendimiento de los estudiantes, su salud física y mental y también su calidad de vida.

La calidad de vida, desde el contexto de la salud, es vista desde aquellas percepciones que posee un individuo del lugar que ocupa en su entorno cultural, del sistema de valores en el cual se desarrolla y considera sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones difuminadas por su estado físico, psicológico, independencia, relaciones sociales, factores ambientales y creencias personales (OMS, 1996). En diversas investigaciones, se ha encontrado también que dichas percepciones son fuertemente afectadas por la salud física y mental, el nivel de independencia y la calidad de las relaciones sociales que los individuos poseen. Barrios y Torales (2017) añaden, además, que en la subjetividad es donde se encuentran los aspectos que generan malestar o bienestar en el sujeto. Asimismo, estos autores encuentran que cuando las personas padecen alguna enfermedad física o mental, la calidad de vida que reportan es peor a comparación de las personas que gozan de buena salud.

Por ello, se consideró pertinente ahondar en la percepción de la calidad de vida con relación a la salud de los jóvenes con síntomas depresivos a través de una revisión sistemática que contempla los últimos 5 años en las bases de datos Pubmed, Scopus y Scielo. La calidad de los artículos incluidos en dicha revisión fue evaluada con la herramienta STROBE, que cuenta con 22 elementos a evaluar, algunos de ellos con más de un ítem.

1. Planteamiento del Problema

La depresión es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una enfermedad frecuente que interfiere en la vida diaria de aquellos que la padecen, incapacitando según su duración e intensidad en actividades laborales, escolares, familiares; afectando en los hábitos de alimentación y sueño; y en general, la capacidad de disfrutar la vida. En el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la segunda causa de muerte en las personas entre 15 a 29 años; cada año se estima que se suicidan 800 000 personas. A nivel mundial, más de 300 millones de personas sufren de depresión (OMS, 2020).

Entre los factores que contribuyen a la depresión se encuentran, según la OMS (2020), interacciones biológicas, sociales y psicológicas. Quienes se encuentran expuestos o han pasado por situaciones estresantes, traumáticas, adversas tienen mayores probabilidades de sufrir depresión, y ésta a su vez, incrementa el estrés y disminuye la capacidad de afrontamiento empeorando su situación y, por ende, la intensidad de la enfermedad.

La OMS en 2006 estimaba que la cuota de discapacidad debida a trastornos mentales aumentaría desde el 10.5% en 1990 a 14.7 en 2020. Para dicho año, la depresión sería la segunda causa de discapacidad a nivel mundial. En los países desarrollados ocuparía el tercer lugar, y en los países en desarrollo ocuparía el primero. Asimismo, las tasas de suicidio también se espera que aumenten, en 1990 era la duodécima causa más importante de muerte a nivel mundial, para el 2020 sería la décima; dichas tasas han aumentado el 60% en el transcurso de los últimos cincuenta años a nivel mundial.

Además, en informes de la OMS (2006) se recalca que los trastornos mentales son una de las principales causas de discapacidad ocupacional, pues la mayoría de personas con problemas de salud mental se encuentra en la fuerza laboral, es decir, que la mayoría de estas personas trabajan.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en un informe publicado en el 2017, plantea que en el 2015 se estimaba que la proporción de personas con depresión a nivel mundial fuera de un 4,4%, siendo más común en mujeres que en hombres. De igual manera, en su informe se encuentra un apartado discriminado por regiones y en cada una se exponen los porcentajes de cada país. Para el caso de Colombia, en 2015 la prevalencia fue del 4.7%, siendo incluso más alto que el promedio mundial.

El Ministerio de Salud de Colombia (2017) expone que tienen mayor riesgo de sufrir depresión aquellas personas con: historias previas de episodios depresivos; familiares con depresión; problemas psicosociales (como la pérdida de empleo, divorcios, privación de la libertad, ser habitante de calle); abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, alcohol o cigarrillo; enfermedades sobre todo las que comprometen el funcionamiento y desarrollo de la cotidianidad, las que involucran gran dolor, trastornos psiquiátricos; intentos de suicidio y aquellas personas que siguen estilos de vida sedentarios.

Según Arrieta, Díaz y González (2014) las investigaciones que se han realizado sobre la salud mental, centran la atención en población universitaria y señalan que existe una prevalencia mayor de trastornos depresivos y ansiosos en ésta en comparación con la población general. Explican que se debe a diversas causas, principalmente relacionadas al ambiente universitario y a factores del desarrollo evolutivo de los jóvenes. Respecto al ambiente, se debe porque el estudiante se encuentra sometido a una gran carga de exigencias, responsabilidades, evaluaciones, trabajos, presiones familiares, sociales, económicas, etc.; y respecto al desarrollo evolutivo, se evidencia que mucha población universitaria se encuentra en la adolescencia tardía, caracterizada por cambios físicos, psicológicos, sociales, cognitivos que el joven debe afrontar para consolidar su identidad. Además, expresan que dicha fase evolutiva es fundamental para adquirir comportamientos saludables que ayuden a reducir los riesgos y a evitar el desarrollo de trastornos clínicos durante la adolescencia y vida adulta.

Asimismo, otros autores como González, Delgado, Escobar, Cárdenas (2014) consideran otros factores que influyen en la depresión que no están relacionados con las exigencias académicas, sino, con factores más personales como la dificultad que presenta el estudiante para cumplir sus expectativas sobre la universidad y su carrera, poco apoyo económico, problemas de adaptación a la universidad y en muchos casos a otras ciudades, separación de la familia, menos horas de sueño y otras responsabilidades del estudiante.

González et al (2014) también describen la relación e influencias bidireccionales entre el rendimiento escolar y trastornos afectivos como la depresión, ya que dichos trastornos pueden llevar a un rendimiento académico insuficiente y viceversa, es decir, que un mal rendimiento académico en una persona vulnerable puede llevarla a tener síntomas depresivos, ansiosos y estrés. Estos efectos sobre el rendimiento académico, se pueden explicar por la afectación de la depresión en el desempeño cognitivo, en áreas como la atención, memoria, toma de decisiones, dichos efectos al parecer están determinados por lo que el individuo evalúa de las demandas, sus recursos, estilos de afrontamiento, entre otros.

Por otro lado, Baader, Rojas, Molina, Gotelli, Alamo, Fierro, Venezian y Dittus (2014) expresan que los problemas de salud mental afectan el rendimiento de los estudiantes y su calidad de vida. Además, se hace necesario implementar programas preventivos efectivos y contar con la infraestructura y personal capacitado. De igual manera expresan el enorme desafío que esto implica para las universidades y sus factores éticos, sociales y económicos.

Gracias a la revisión de antecedentes respecto a la depresión en jóvenes universitarios, se evidencia que en los últimos años se ha investigado mucho acerca de los factores de riesgo que posee la población. Además, se han encontrado diferentes consecuencias, especialmente relacionadas al rendimiento académico y a la salud física y mental de la población. Por ello, se considera pertinente ahondar en la percepción de la calidad de vida con relación a la salud de los jóvenes con síntomas depresivos. Además, Baader et al (2014) consideran pertinente investigar acerca del nivel de conciencia que poseen los estudiantes acerca de su propia salud mental y de

sus conductas (o la ausencia de estas) encaminadas hacia la ayuda especializada, pues evidencian que los estudiantes no solicitan ayuda o lo hacen de manera tardía cuando ya hay una afectación significativa en su funcionamiento, pudiendo interpretarse de igual manera como una afectación a su calidad de vida.

La OMS (1996) definió la calidad de vida, desde un contexto de salud, en función de las percepciones que un individuo tiene del lugar que ocupa en su entorno cultural y del sistema de valores en el que vive, tomando en consideración sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones matizadas por su salud física, estado psicológico, grado de independencia, relaciones sociales, factores ambientales y creencias personales. Además, expresa que para evaluarla se deben considerar múltiples criterios y no sólo un único aspecto negativo como el dolor. Por ejemplo, en caso de que exista dolor, se evalúa la calidad de vida examinando el impacto que tiene en la autonomía individual, en los aspectos psicológicos, sociales y espirituales del individuo descentralizando la atención como si fuese exclusiva para el dolor en sí. Asimismo, resalta que en la evaluación de la calidad de vida se deberán tomar en cuenta también aspectos positivos de la vida.

De igual manera, Barrios y Torales (2017) exponen que la calidad de vida es fuertemente influenciada por la salud física y mental que perciben las personas de sí mismas, su nivel de independencia y sus relaciones sociales y añaden que es en la subjetividad donde se encuentra lo que le genera malestar o bienestar a la persona y no en la objetividad de las interacciones que esta tenga con su ambiente. Asimismo, relacionan la percepción que cada persona tiene sobre su calidad de vida con emociones, cogniciones y comportamientos que podrían ser factores de riesgo o que predisponen la adquisición de trastornos o enfermedades que repercuten en la salud física y mental de las personas.

Las problemáticas de salud han ido aumentando y afectan principalmente a adultos jóvenes por los estilos de vida que practican y que orientan sus concepciones, criterios y

decisiones respecto a la inversión de su tiempo, energía y relaciones en los diferentes ámbitos de su vida (Meda, Moreno, Morales, Torres, Lara y Nava, 2014).

Considerando que las percepciones son diferentes en cada persona, con mayor razón se establecen diferencias entre las creencias que poseen las personas sanas acerca de la calidad de vida relacionada con la salud de las personas enfermas. Por ejemplo, en estudios como el de Barrios y Torales (2017) se encuentra que cuando una persona posee un trastorno o una afectación en su salud mental, su percepción en cuanto a su calidad de vida es peor que cuando las personas gozan de una buena salud mental. De igual forma Pacheco, Michelena, Salvador y Miranda (2014) encontraron que cuando la percepción de calidad de vida es desfavorable, las personas presentan mayor número de enfermedades y, además, un mayor número de hábitos tóxicos.

Por lo descrito anteriormente, la pregunta que orienta la presente investigación es: ¿Cómo se evidencia en la literatura de los últimos 5 años la calidad de vida relacionada con la salud en jóvenes con síntomas depresivos?

2. Justificación

A nivel mundial, la depresión afecta cada vez más a los jóvenes, convirtiéndolos en una población vulnerable, que necesita más investigaciones que aporten a la comprensión del fenómeno y así plantear propuestas de prevención e intervención más efectivas. Además, en Colombia las cifras demuestran que el promedio de depresión está por encima del puntaje promedio a nivel mundial.

Durante las últimas décadas, se le ha dado mucha importancia al término calidad de vida. Muchos países, inclusive, centran su plan de desarrollo en alcanzar y hacer realidad este concepto. En Colombia, para promover la salud mental, diseñan una política pública que genera cambios en pro de la calidad de vida desde el cuidado y la importancia de la salud mental. Según el tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible del programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2020) se espera lograr en su totalidad el derecho a la salud y mejorarla, al igual que las condiciones a nivel del bienestar integral de los habitantes para una calidad de vida acorde a su nación. Este objetivo es un punto de partida para realizar este trabajo, ya que no solo ayudará a los investigadores a conocer la situación actual de la población joven, sino que también se hará un aporte con respecto a la situación de salud desde la revisión sistemática a la literatura.

Tomando la información encontrada en antecedentes, los investigadores hacen un llamado a realizar una valoración de la calidad de vida relacionada con la salud, especialmente en la población joven, ya que se ha aumentado el número de enfermedades en esta población. Desde otras perspectivas ya estudiadas, especialmente a nivel latinoamericano, la calidad de vida se ve más desde el bienestar, el funcionamiento del cuerpo e inclusive desde el poseer a nivel material, más no desde la patología.

Lo que se pretende con este trabajo es investigar acerca de la influencia en la calidad de vida relacionada a la salud de esta población con síntomas depresivos según lo reportado por la literatura en los últimos 5 años; teniendo en cuenta que la percepción de calidad de vida en

relación con la salud es distinta en las personas que padecen alguna enfermedad física o mental a comparación de las personas sanas.

Por medio de una amplia indagación en bases de datos, se realiza una revisión sistemática, analizando artículos enfocados a la calidad de vida relacionada con la salud en jóvenes con síntomas depresivos. Una revisión sistemática es un diseño de investigación en el cual, se hace la inspección o exploración de artículos, trabajos o estudios originales publicados acerca del tema de interés a revisar.

La primera de las razones de la viabilidad de este proyecto, es que se cuenta con un instrumento confiable que ayudará a evaluar la calidad de los artículos a revisar para este proyecto. STROBE (Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology) informa de manera transparente los estudios observacionales, notifica lo planificado, los hallazgos y conclusiones de los estudios empíricos. Este instrumento es primordial para llevar a cabo los objetivos de esta investigación, pues permite realizar una selección de material de calidad. Asimismo, se cuenta con acceso a las bases de datos de la Institución Universitaria de Envigado para realizar esta revisión sistemática cualitativa.

La segunda razón, tiene que ver con la macro-investigación, acerca de “Síntomas de depresión característicos en personas mayores: un estudio comparativo”, el cual se está desarrollando en la IUE y que se encuentra a cargo de tres docentes de la misma. Este trabajo de investigación está unido a dicho macro proyecto y se pretende aportarle información en cuanto a los jóvenes que presentan síntomas de depresión para la comparación que se propone.

El estudio puede aportar información valiosa para una posible caracterización a futuro de los jóvenes con depresión, y así comprender de manera más específica el fenómeno en esta población, permitiendo establecer prácticas más adecuadas, eficientes y oportunas de prevención e intervención de estos síntomas en los jóvenes. Es por esto, que esta investigación toma como base poblacional a los jóvenes comprendidos entre los 18 a los 24 años en promedio que se reporten en la literatura.

Por otro lado, los investigadores consideran este trabajo esencial para el desarrollo, no solo científico, sino también a nivel documental dentro de nuestro contexto. Este proyecto puede aportar datos relacionados con el estado de salud de los jóvenes e inclusive de algunas percepciones de los mismos en cuanto a la salud. Desde la perspectiva de los investigadores como futuros profesionales en psicología, es importante trabajar acerca del fenómeno de la depresión, ya que la OMS (2020) expone que este tipo de enfermedades son las que más prevalencia tiene a nivel mundial es por esto que es necesario estudiarlas, conocerlas y entenderlas desde distintos puntos de vista a nivel científico y profesional, para así también pensar en intervenciones que favorezcan tener una vida adaptable y funcional. Este trabajo puede, no solo generar una línea de investigación relacionada con jóvenes y depresión en relación a la calidad de vida desde la salud, sino también establecerse como un antecedente para futuros trabajos de grado respecto a la calidad de vida en relación con la salud, la salud mental y la depresión en jóvenes.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Conducir una revisión de la literatura sobre la calidad de vida con relación a la salud de los jóvenes con síntomas depresivos en los últimos 5 años.

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar la calidad de vida con relación a la salud de los jóvenes con síntomas depresivos reportada en la literatura.
- Describir la relación entre la calidad de vida con relación a la salud y los síntomas depresivos en los jóvenes reportada en la literatura.

4. Marco Referencial

4.1. Marco de antecedentes

1. *Depresión.*

1.1. *Internacionales.*

El estudio chileno denominado “Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y factores de riesgo emocionales asociados” realizado por Baader, Rojas, Molina, Gotelli, Alamo, Fierro, Venezian y Dittus (2014) tuvo como objetivo estimar la prevalencia de los principales trastornos mentales no psicóticos que poseían la población de jóvenes universitarios de pregrado de la UACH (Universidad Austral de Chile) durante el año 2008. Este estudio tuvo una muestra de 804 estudiantes, cada uno respondió a escalas de screening para la depresión (Patient Health Questionnaire-PHQ-9), para el riesgo de suicidio (Escala de desesperanza de Beck-HBS), para trastornos bipolares (Mood Disorder Questionnaire-MDQ), para el consumo de alcohol y drogas (DEP-ADO y AUDIT) y para los trastornos de conducta alimentaria (Eating Disorder Diagnostic Scale-EDDS y Restrain Scale-RS). Los autores encontraron que un 27% cumple los criterios diagnósticos para una depresión, un 10,4% para un trastorno bipolar, un 5,3% tiene un riesgo moderado a severo de cometer suicidio, un 24,2% presenta un consumo problemático de alcohol y un 15,3% tendría algún tipo de trastorno de la conducta alimenticia. En sus conclusiones, se resalta una significativa asociación de la depresión con una mayor tendencia a tener un comportamiento de alimentación anormal, un consumo nocivo de alcohol y comportamientos autodestructivos. Además, describen como posible tema a investigar el nivel de conciencia de los estudiantes respecto sus problemas de salud mental y las actitudes frente a la búsqueda de ayuda especializada, ya que evidenciaron que, los estudiantes no solicitan ayuda o lo hacen de manera tardía cuando se ha visto muy afectado su funcionamiento académico y social.

Por otro lado, en Asunción- Paraguay la investigación de tipo descriptivo-correlacional de Ruíz, Insrán, Andrada y Ayala (2017) denominada “Investigación sobre la prevalencia de Ansiedad y Depresión en estudiantes de psicología y su relación con los rasgos de Personalidad”,

se propuso describir qué tan prevalentes son estos trastornos en la población universitaria de Gran Asunción y encontrar la relación que tienen con los rasgos de personalidad. Como muestra seleccionaron 69 estudiantes de psicología a través de una técnica probabilística aplicada a partir de los listados de estudiantes del período 2011-2016 de la Universidad del Cono Sur de las Américas (UCSA). Se aplicaron: Test de Depresión de Zung, Test de Ansiedad de Zung, y el Inventario de Personalidad de Diez Ítems TIPI de Gosling. Para el análisis y procesamiento de los datos obtenidos se utilizaron técnicas de estadística descriptiva e inferencial. Los autores encontraron valores superiores a lo esperado con respecto a la población general, pues la ansiedad está presente en un 17% y la depresión en un 22% de la muestra. Respecto a las asociaciones, se demostró que a mayores niveles de ansiedad más baja es la estabilidad emocional y que a mayores niveles de depresión menor nivel en responsabilidad y estabilidad emocional. En su discusión se plantea la necesidad de crear programas que incentiven la inclusión de estudiantes en los procesos psicoterapéuticos como requisito adicional para la obtención del título, además de la recomendación de continuar una línea de investigación acerca de las características de los psicólogos en formación para aportar a mejorar la calidad del servicio ofrecido por los futuros profesionales y al avance de la ciencia psicológica.

Por su parte, en Nuevo León, México en la investigación cuantitativa, transversal y descriptiva denominada “Autoestima, depresión y actitudes hacia el aprendizaje en estudiantes universitarios” realizada durante el 2018-2019 se pretendía analizar la relación entre la autoestima, la depresión y las actitudes hacia el aprendizaje para generar un aporte que pudiera mejorar la calidad de vida de los estudiantes. Los autores Maya, Ruíz y Sepúlveda, mencionan que la depresión dificulta el desempeño y la calidad para enfrentar la vida diaria. En su investigación participaron 294 estudiantes de primer y segundo semestre, entre los 17 y 29 años. Los instrumentos utilizados fueron La Escala de Autoestima desarrollada por Rosenberg (1965), el Inventario de Beck y el Cuestionario de Evaluación de las Actitudes ante el aprendizaje. Su hipótesis está relacionada con que la depresión es uno de los predictores más significativos en cuanto a la actitud de aprendizaje de los estudiantes. Se encontró que la mayor parte de los

estudiantes muestran rasgos depresivos considerados normales, una autoestima alta y una actitud positiva hacia el aprendizaje. Los autores sostienen entonces que la autoestima y la depresión son predictores de la actitud hacia el aprendizaje de los universitarios, es decir que si se tienen síntomas depresivos altos y autoestima baja se predice una actitud negativa hacia el aprendizaje; y viceversa, si no se tienen síntomas depresivos, y alta autoestima se predice una actitud positiva hacia el aprendizaje. Este estudio sugiere dedicarle más atención a variables como la depresión en los jóvenes, en América Latina especialmente.

En el estado de Veracruz, México, Barradas, Fernández, Robledo, Castillo y Martínez realizaron un estudio cuantitativo con método descriptivo denominado “Trastornos afectivos: nivel de ansiedad y depresión en universitarios” en el cual se propusieron identificar el nivel de estos trastornos en los estudiantes que ingresaban al programa de psicología de la Universidad Veracruzana debido a la frecuencia tan alta que tiene en los universitarios y a los cambios que causan a la salud y la integridad. La población fue de 82 estudiantes de primer semestre y tuvieron entre 17 y 36 años y se utilizaron el Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota (MMPI 2) y la escala de Ansiedad de Hamilton. Se encontró que el 11.1% de los hombres y el 7.2% de las mujeres muestran depresión leve y ansiedad menor, 3.7% de los hombres presentan depresión moderada, al igual que el 3.6% de las mujeres. El 11.1% de hombres y el 7.2% de las mujeres muestran comorbilidad de depresión y ansiedad. El estudio sugiere diseñar y ejecutar programas para conservar y promover la salud emocional de los universitarios, especialmente los estudiantes de psicología, ya que serán profesionales que estarán al servicio de los demás. Además, recalcan que factores estudiados como la satisfacción y la vocación, son contundentes para estos programas, pues contribuyen a la prevención de trastornos como la ansiedad y la depresión.

En Puebla, México, Martínez, Muñoz, Rojas y Sánchez (2016) realizaron un estudio observacional unicéntrico y transversal denominado “Prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de medicina de Puebla, México” cuyo objetivo fue identificar la prevalencia de estos síntomas en estudiantes de la Universidad Autónoma de Puebla (FMBUAP) de octavo

cuatrimestre. Participaron un total de 63 estudiantes con edades entre los 20 y 23 años, a los cuales se les aplicó el Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9). En su estudio encontraron que un 95% presentó por lo menos uno de los síntomas en las últimas dos semanas. Alrededor del 32% podría ser diagnosticado con depresión mayor por la frecuencia reportada de los síntomas. Los síntomas depresivos más encontrados fueron sentirse cansado, problemáticas relacionadas al sueño y a la alimentación; además cerca de 45% catalogaron el impacto que tienen en su vida como algo que no los incapacita totalmente pero sí afecta su vida diaria. Los autores no encontraron diferencias por género. Concluyen entonces que el rendimiento académico está estrechamente relacionado al estado psicológico de los estudiantes porque al verse alterado no hay condiciones óptimas de aprendizaje. Por eso, proponen realizar planes de prevención que les permitan identificar desde sus pensamientos y comportamientos que anteceden a la depresión para acudir a profesionales que puedan ayudarlos.

1.2. Nacionales.

Gómez, Tamayo, Bohórquez, Rondón, Medina, Rengifo y Bautisa (2016) en el artículo llamado “Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015” tuvieron como objetivo determinar qué tan prevalentes son los principales trastornos mentales depresivos y ansiosos y cuáles eran factores asociados mediante la recopilación de datos obtenidos en IV Encuesta Nacional de Salud Mental, la cual tuvo representatividad de cinco regiones. Para ello, realizaron una encuesta estructurada computarizada con el CIDI-CAPI 3.0, centrada en los más frecuentes trastornos. La muestra fue de 10.870 adultos mayores de 18 años. En dicho estudio encontraron que cualquiera de estos trastornos se presenta alguna vez en la vida es del 10,1% de las personas de 18-44 años y el 7,7% de los mayores de 45 años; además en los últimos 12 meses fue del 5,2% en el grupo más joven y del 2,3% en el grupo de más edad. De las personas con alguno de los trastornos mentales medidos, el 17,6% presentan dos o más trastornos; es más frecuente la comorbilidad en mujeres. El trastorno depresivo mayor es el más prevalente de los trastornos. Además, entre los factores asociados a cualquiera de los trastornos, se encontró que estar separado, viudo o divorciado, el

intento de suicidio previo y tener seis o más rasgos de personalidad limítrofe incrementan el riesgo de sufrirlos. Debido a estos datos, los autores concluyen que los trastornos mentales de ansiedad y depresión son una importante carga de enfermedad para Colombia.

En Bogotá, Colombia, se realizó un estudio llamado “Depresión y Factores Asociados en Estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia”. En 2012, Díaz por medio de un estudio exploratorio cuantitativo, se orientó a determinar el porcentaje de depresión en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia con una edad promedio de 22 años y hallar los factores asociados a esta enfermedad. Los participantes fueron 1010 universitarios de todas las carreras, los cuales hicieron la Encuesta Bien-estar en la UN creado por Díaz, al igual que la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung. En sus hallazgos, aparece que un 56,9% de la población, padece depresión leve. El 25,9% moderada y el 3,6% grave. Se encontró una asociación positiva entre padecer depresión moderada y grave y haber reportado antes haber tenido depresión o ansiedad, y no sentir satisfacción con su carrera o compartir cuarto, constituyéndose como factores de riesgo. Por el contrario, frente a factores protectores la autora incluye pasar tiempo con la familia, hacer parte de algún grupo y percibir un buen estado de salud, es decir que quienes perciben un buen estado de salud presentan menos síntomas depresivos que aquellos que perciben un estado de salud negativo. En este estudio se recalca el concepto de salud desde lo físico y mental. La propuesta de la autora frente este estudio es promover la promoción de acciones en pro de la salud mental de los jóvenes universitarios que no poseen recursos para enfrentar las exigencias y demandas académicas.

Otro estudio de tipo transversal denominado “Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados” realizado en Cartagena de Indias, Colombia, pretendía estimar la asociación entre los síntomas depresivos y ansiosos con factores socio-demográficos, académicos, conductuales y familiares entre estudiantes universitarios de Cartagena, Colombia. Arrieta, Díaz y González (2014) utilizaron un instrumento anónimo de auto reporte que incluía variables sociodemográficas; el cuestionario de cribado para la ansiedad y depresión; el cuestionario Goldberg (E.A.D.G); el apgar familiar para determinar la función

familiar; y otras preguntas que indagaban por factores asociados. Todo esto fue aplicado a 973 estudiantes universitarios elegidos a través de un muestreo probabilístico, donde el universo de estudio estuvo conformado por 8.740. Los autores encontraron que la prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos fue del 76,2 y 74,4 respectivamente; los factores asociados a síntomas ansiosos fueron dificultades económicas, problemas familiares y consumo de alcohol; los factores relacionados a síntomas depresivos estuvieron relacionados a problemas familiares, dificultades económicas, ansiedad y antecedentes familiares de ansiedad o depresión. Frente a esto, en el estudio se concluye que la sintomatología de ansiedad y depresión fue alta en la población, siendo las dificultades económicas y los problemas familiares los factores más riesgosos. Los autores plantean que son necesarias las intervenciones que modifiquen estos comportamientos en beneficio de la calidad de vida de estos jóvenes.

Por otro lado en la ciudad de Bucaramanga, Colombia, González, Delgado, Escobar y Cardenas (2014) realizaron un estudio prospectivo denominado “Asociación entre el estrés, el riesgo de depresión y el rendimiento académico en estudiantes de los primeros semestres de un programa colombiano de medicina” cuyo objetivo fue describir el comportamiento de la respuesta del estrés y la presencia de síntomas de depresión de importancia clínica a lo largo de un semestre académico en estudiantes del programa de medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga y su asociación con el rendimiento académico. Para esto, utilizaron cuatro cohortes de estudiantes (dos de primer semestre y dos de cuarto semestre) los cuales fueron caracterizados socio demográficamente y respondieron dos encuestas psicológicas (Zung y auto percepción de estrés) al inicio y final de cada semestre. Los autores analizaron 216 estudiantes, la edad media fue de 18,4 años y la mayoría fueron procedentes del área metropolitana de Bucaramanga. No encontraron diferencias entre los dos semestres, pero sí encontraron que todas las variables psicológicas se correlacionaron con el rendimiento académico. Por esto concluyen que existe alta frecuencia de síntomas depresivos de importancia clínica y de auto percepción del estrés en los estudiantes de medicina, siendo más alto en mujeres; y que las variables psicológicas como la depresión afectan negativamente el rendimiento académico.

El estudio realizado por Agudelo, Ante y Torres (2017) llamado “Factores personales y sociales asociados al trastorno de depresión mayor, Medellín (Colombia), 2012” tuvo por objetivo determinar los factores asociados a dicho trastorno en la población de 13 a 65 años en el período 2011-2012. Para ello, se analizó información obtenida en el Primer estudio de salud mental poblacional representativo de hogares para la ciudad de Medellín, la cual recopilaron a través de entrevistas con el World Health Organization Composite International Diagnostic Interview, de la cual se tomaron 4.176 registros. Las autoras encontraron que: la prevalencia anual del trastorno depresivo mayor en Medellín para el 2012 fue de 4,1%; las mujeres presentaron un poco más del doble de riesgo de padecer este trastorno que los hombres; tener una percepción regular o mala sobre la salud mental representa un riesgo seis veces mayor que tener una percepción muy buena o excelente; presentar un grado medio de resiliencia es casi el doble de riesgo que presentar un grado alto; y que no poder desahogarse con la familia representa un riesgo casi el doble más alto para el trastorno que los que sí pueden hacerlo. Por esto concluyen que los factores personales asociados al trastorno depresivo mayor son ser mujer, tener una mala o regular percepción de la salud, no hacer ejercicio, presentar un grado medio de resiliencia; y en los factores sociales destacaron aspectos relacionados a la familia como no poder desahogarse y las demandas que constantemente realiza a sus integrantes.

2. *Calidad de vida.*

2.1. *Internacionales.*

Barrios y Torales (2017) realizaron un estudio analítico de prevalencia, denominado la “Salud mental y calidad de vida auto-percibida en estudiantes de medicina de Paraguay” buscando estudiar la influencia que tiene la percepción propia de la salud mental en la calidad de vida. Participaron 103 estudiantes de medicina a los que se les aplicó el Cuestionario de Salud de Goldberg (GHQ-12) y la versión española del Short Form 36 Health Survey (SF-36), el cual evalúa calidad de vida auto-percibida, formada por dominios conductuales. Encontraron que el 28,2% de los estudiantes muestran alguna psicopatología y presentan una peor percepción de su calidad de vida. Sin embargo, se excluyeron los participantes con enfermedades crónicas de base.

Otro de los resultados muestra que la depresión, ansiedad y otros trastornos, pueden anticipar el estrés, al igual que cambios inmunes que se reflejan en la salud física y mental. Respecto a la salud mental, los autores concluyen que influye mucho en la percepción de calidad de vida, ya que quienes puntuaron bajo, reportaron patología. Esta percepción es la que se modifica desde la buena salud mental y la resiliencia. En su estudio, expresan la necesidad de más estudios en los que se incluyan la personalidad como el desarrollo y origen de patologías mentales para correlacionarlas con la percepción de calidad de vida relacionada con la salud. Al igual que impulsar políticas de promoción y prevención de la salud integral en esta población

Por su parte en la Habana, Cuba, Pacheco, Michelena y Mora (2014), desarrollaron una investigación descriptiva, observacional con corte transversal llamada “Calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes universitarios”. Su objetivo fue determinar cómo es la percepción de calidad de vida en cuanto a la salud de universitarios. Participaron 143 estudiantes divididos en estratos. El instrumento utilizado fue el “Cuestionario de calidad de vida en niños y adolescentes KIDSCREEN-52” desarrollado por Palacio Vieira. En sus resultados encontraron que los participantes que mostraron una calidad de vida no tan favorables fueron el 32,9%, casi 5 veces más en mujeres; este resultado se refirió a una salud insatisfactoria. Respecto a dominios conductuales encontraron que el 19% considera que tiene una salud insatisfactoria y de estos un 66,7% refiere una calidad de vida menos favorable. Además, la percepción de personas con sobrepeso fue cuatro veces menos favorable en comparación con quienes tienen peso normal. Hábitos como fumar e ingerir bebidas alcohólicas también tuvieron una alta relación con una calidad de vida menos favorable. Este estudio define la calidad de vida con relación a la salud como una evaluación acerca del estado actual de salud y su capacidad para mantener un nivel de funcionamiento que ayuda no solo a realizar actividades, sino también a mantener su bienestar. Concluyen la importancia de la cognición, la conducta y las emociones para indicar riesgos de salud y enfermedades, las cuales, ante estas amenazas, hacen que la percepción de calidad de vida disminuya. Un ejemplo de esto, son las personas con ansiedad o depresión (o periodos de pesimismo y tristeza prolongados) y con enfermedades como artritis, asma o úlceras, crean

emociones que amenazan la percepción de su salud y la califican como perturbadora. Una de las recomendaciones de este trabajo, es encontrar un método acorde para medir esta percepción, teniendo en cuenta el grado de subjetividad que presenta, ya que esta, se relaciona con la salud y afecta notablemente a los estudiantes universitarios, no solo desde lo físico, sino también desde lo mental.

Un estudio descriptivo transversal mexicano de 2014 denominado “Creencias de salud-enfermedad en estudiantes universitarios”, realizado por Meda, Moreno, Morales, Torres, Lara y Nava tuvo como objetivo identificar dichas creencias en la población universitaria. Para esto, se les aplicó el Cuestionario de Creencias de salud-enfermedad a 1234 estudiantes de aproximadamente 21 años de diferentes universidades. La mayoría de los estudiantes indican creencias protectoras de salud; hubo una gran diferencia en cuanto al género, los hombres tuvieron puntuaciones muy bajas en los factores del cuestionario. Esta investigación se sustenta desde el Modelo de Creencias de Salud (MCS) el cual determina los tipos de conducta de la salud (creencias de reducir amenazas y percepción de estas en la propia salud). Este estudio argumenta la importancia de las creencias a la hora de modificar estilos de vida, que atribuyen notablemente a la calidad de vida. Dentro del procedimiento, los autores diseñaron un software con una batería psicológica la cual mide creencias de salud, enfermedad y estilos de vida. Los factores encontrados fueron: 1) Creencias de relaciones sociales 2) Creencias de auto cuidado 3) Creencias de consumo de sustancias 4) Creencias en conductas preventivas 5) Creencias de consumo de tabaco, alcohol y drogas. Se descubrió que el puntaje en las mujeres respecto a las creencias de salud-enfermedad fue mucho más alto que en los hombres en casi todos los factores. Por último, se encontró que los estudiantes universitarios poseen creencias orientadas a la salud, reflejando una prevención y atención a esta. Sin embargo, se arrojaron creencias acerca del consumo de cigarrillo, por ejemplo, para reducir la ansiedad, al igual que la automedicación para no asistir a un centro de salud.

Durante el 2010 en este mismo país, Rodríguez, Ríos, Lozano y Álvarez también realizaron un estudio denominado “Percepción de jóvenes universitarios respecto a su salud:

conductas y contexto de riesgo” en la Universidad Nacional Autónoma. Su objetivo fue identificar las percepciones del estado de salud, la depresión y las conductas de riesgo de estos estudiantes con manifestaciones de enfermedades crónicas. Para ello, aplicaron el EMA (Examen Médico Automatizado), un perfil de salud que analizan factores de riesgo (social, biológico y psicológico), a 636 estudiantes entre los 18 y los 25 años de distintas carreras universitarias relacionadas con el área de la salud, que parecen o padecieron enfermedades como asma, cáncer, obesidad, epilepsia, entre otras. Dos de las 62 áreas que explora este instrumento son: indicadores de estrés y depresión, y problemas de salud general; que interesan mucho para la presente investigación. En el estudio se expone la prevalencia de las enfermedades actuales en los jóvenes mexicanos y la preocupación por la depresión y ansiedad que generan. El desarrollo de estas enfermedades crónicas parte de los estilos de vida no saludable de esta población, tal como el tabaquismo, consumo de drogas ilegales, sedentarismo, estrés y alcoholismo. Los autores encontraron que los porcentajes más bajos de percepción en cuanto a la salud, fueron de aquellos que padecen o sufren enfermedades crónicas como hipertensión y enfermedades pulmonares. La conducta de riesgo predominante, fue el sedentarismo, seguida por el consumo de alcohol y el tabaco. La depresión efectivamente se presenta en los participantes que indicaron tener una enfermedad crónica, especialmente asma, hipertensión y migraña. En total el 36.8% de los participantes aparecen con indicadores depresivos. Como conclusión, este estudio afirma que hay una modificación de la percepción en relación con la salud luego de adquirir una enfermedad crónica, debido a que el tiempo que se padece es bastante extenso y las alteraciones en la salud son bastante notables.

2.2. Nacionales.

Riveros y Vinaccia (2017) en un estudio no experimental, con alcance descriptivo-correlacional y de corte transversal denominado “Relación entre variables sociodemográficas, patogénicas y salutogénicas, con la calidad de vida en estudiantes universitarios colombianos”. Proponen una invitación a investigar más acerca de la percepción de calidad de vida en relación con la salud de poblaciones sanas, lo cual, es posible gracias a las variables salutogénicas. Su

objetivo fue revisar la relación entre variables patogénicas, salutogénicas y sociodemográficas, y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Participaron 503 estudiantes de 17 universidades de Colombia. Se utilizaron instrumentos como el cuestionario de datos personales para recoger los datos sociodemográficos. El Short Form 12 Health Survey (SF-12), la Escala de Estrés Percibido (EEP-10), Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, Test de Orientación ante la Vida, Connor-Davidson Resilience Scale y el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento. Los resultados arrojaron altos puntajes en CVRS, estrés percibido, ansiedad, optimismo y resiliencia y bajos niveles de depresión. Encontraron además que entre mayor es el estrés percibido, menor es la CVRS y de igual manera sucede respecto a la depresión y la ansiedad. En los hombres, hubo mayor puntuación respecto a la resiliencia y la CVRS, y en las mujeres las mayores puntuaciones fueron para la ansiedad. En cuanto a las puntuaciones de las variables patogénicas, se asocian directamente con la CVRS, ya que, en este componente, los hombres explican la salud mental desde el estrés percibido y la depresión, y en las mujeres desde el estrés percibido, la ansiedad y la depresión. La calidad de vida, según lo encontrado en este estudio, tiene una relación directa con el optimismo.

Por otro lado, en la ciudad de Cali, Colombia Arrivillaga, Salazar y Correa (2014), hicieron un estudio descriptivo, con un diseño correlacional transversal llamado “Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios”. Tuvieron como objetivo describir esas creencias y la relación con conductas de riesgo/protección desde dimensiones del estilo de vida. Los participantes fueron 754 jóvenes de la ciudad de Cali, se les aplicó un cuestionario de conductas y creencias respecto a los estilos de vida y una encuesta acerca de los factores relacionados con estos estilos. Encontraron muy altas creencias favorables respecto a la salud en todas las dimensiones, exceptuando la del sueño. Además, en su estudio revelaron incoherencias entre las creencias favorables y las prácticas, pues los jóvenes realizan conductas riesgosas a pesar de presentar creencias favorables. En cuanto al deporte y actividad física, los jóvenes presentan altas creencias favorables, sin embargo, respecto al consumo de tabaco, alcohol y hábitos alimenticios, las creencias fueron bajas. Las creencias

favorables en relación a la salud, fueron altas en sujetos de estrato medio y alto, mientras en los bajos, se presentaron muy pocas creencias favorables. En síntesis, encontraron que los jóvenes poseen altas creencias favorables en cuanto a la salud, pero también poseen conductas riesgosas; además, también evidenciaron baja presencia de creencias favorables con prácticas saludables. Como conclusión se llegó a la necesidad de desarrollar programas para la promoción de estilos de vida relacionados con la salud para los jóvenes, además de resaltar la importancia del valor que le dan los diferentes ambientes a las prácticas que los jóvenes realizan y que influyen sus conductas.

4.2. Marco teórico

Calidad de vida relacionada con la salud.

Evolución del concepto de calidad de vida.

Tal como lo expresan Márquez y González (2010) el concepto de calidad de vida ha ido evolucionando a través de los años, adquiriendo cada vez mayor relevancia en la sociedad y convirtiéndose en un referente para las políticas públicas en relación a la salud y a lo social en general, ya que expone las percepciones que los individuos tienen acerca de la salud y la enfermedad y de su calidad de vida en momentos concretos que ayudan a evaluaciones posteriores.

El concepto de “calidad de vida” (CV) tal y como lo menciona Schwartzmann, citado por Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007) es complejo, inclusivo, global y multidisciplinario (2003). La transformación de este término ha tenido algunas dificultades. Jorge Grau, psicólogo cubano citado por Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007) al definir calidad de vida, muestra una confusión a la hora de investigar el concepto, ya que existen dos vertientes distintas. Para él, existen dos miradas de CV: una, desde el adquirir recursos tangibles en las personas, y la otra, como un bienestar, felicidad y satisfacción interior durante un periodo de tiempo determinado.

Según Márquez y González (2010) la popularidad de este concepto en la ciencia y la investigación comienza a darse en los años 60, utilizándose en ámbitos diversos como el de la salud, la educación, la economía, entre otros. En la cotidianidad, se utiliza para referirse a estilos o formas de vida y las personas tienen diferentes percepciones acerca de ésta, por ejemplo, algunos interpretan que la calidad de vida es un lujo exclusivo para países industrializados o que el concepto sólo debe aplicarse cuando se habla de las últimas etapas de la vida.

Las ciencias sociales son las pioneras en tomar el interés por el concepto y delimitar el bienestar humano y las consecuencias que la industrialización tiene sobre él, por lo que comienzan a medir indicadores sociales para determinar el bienestar social de la población. En este primer momento, los indicadores eran objetivos y posteriormente se contemplan elementos subjetivos. (Márquez y González, 2010)

En los 70 y 80, según lo expresado por Márquez y González, se comienzan a diferenciar el concepto de la calidad de vida relacionada al estado de salud. Se logra evidenciar una esperanza de vida más alta en países desarrollados, por lo tanto, la calidad de esta, también. Se permite entonces percibir esta última como un concepto integrador y multidimensional cuya pretensión es valorar la influencia que tienen las enfermedades en el individuo y en su contexto individual, familiar y social, y que debe tener indicadores objetivos y subjetivos. Esto incrementó la creación de instrumentos para medir la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes. Sin embargo, existen dificultades para definir y medir el concepto de manera precisa y efectiva. (2010)

Mientras el concepto de CV se enfoca en factores psicosociales y bienestar subjetivo, la CVRS brinda una mayor importancia a las limitaciones no solo sociales, sino también psicológicas y biológicas generadas por algún accidente o enfermedad (Vinaccia y Quiceno, 2012)

En cuanto a la Calidad de vida relacionada con la salud, Vinaccia y Quiceno (2012) rescatan las variables fisiológicas, las funciones psicológicas y la percepción de salud. Así como el estado funcional o no del cuerpo, junto con el mantenimiento de nivel vital para alcanzar

objetivos y el cuidado integral. La movilidad, el bienestar personal, social y cognitivo, también hacen parte de las dimensiones de medición de la CVRS. Cabe agregar también algunos criterios que hacen parte de una valoración realizada por el sujeto con relación al grado de satisfacción, estado físico, social y emocional.

La CVRS, se refiere al estudio de la calidad de vida en muestras de población con enfermedades o accidentes (Riveros y Vinaccia, 2017). Además, Márquez y González (2010) mencionan que en la década de los 80, otro acontecimiento de gran importancia en la evolución de este concepto es que se incluye en trastornos mentales como la esquizofrenia ya que únicamente se había relacionado a enfermedades físicas.

A partir de la definición de salud por la Organización Mundial de la Salud (1945) citado por Vinaccia y Quiceno (2012) como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no únicamente la ausencia de enfermedad, Kaplan y Bush (1982) desarrollaron el término CVRS para referirse específicamente los cuidados sanitarios y el estado de la salud.

Ante la presencia de enfermedades, especialmente las crónicas, se ve afectado tanto el bienestar como la salud y, por tanto, la calidad de vida. Esto se debe a la disminución del ritmo y funcionamiento cotidiano en las actividades diarias, las cuales son notables. Igualmente, perjudica auto esquemas como el auto concepto, el soporte vital como el sentido de la vida e inclusive puede generar episodios depresivos (Gil-Roales, 2004 citado por Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno 2007).

En el contexto latinoamericano, Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007) argumenta que las investigaciones sobre calidad de vida y CVRS, han sido limitadas. Sin embargo, es posible encontrar un enfoque bio-psico-social en las definiciones que se han estructurado durante los últimos tiempos.

Aunque la CV posee un factor subjetivo desde su valoración; satisfacción en sus dimensiones, percepción de bienestar, recursos e inclusive, estrategias de afrontamiento, es

importante tener en cuenta también aquellos elementos socioculturales, emocionales, políticos, físicos e inclusive espirituales (Padilla, 2005).

También, gracias a la evolución del concepto, se toman en cuenta ahora factores como la experiencia de la persona, su vida social, su actividad diaria y su salud. Esto se generó gracias a la preocupación por la higiene pública, los derechos humanos y la salud tanto física como personal (Badía y Lizán, 2006; Schalock & Verdugo, 2003; Schwartzmann, 2003 citado por Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno 2007)

Se evidencia entonces que el concepto de calidad de vida relacionado a la salud, a medida que va evolucionando se ha centrado en la calidad del tiempo vivido, buscando que sea digno en términos sociales, psicológicos y físicos y no sólo en la cantidad de tiempo que viven los individuos de una población.

Este constructo también ha venido evolucionando significativamente. Como se ha mencionado anteriormente, este término priorizaba la función en cuanto a lo fisiológico y el tratamiento de la enfermedad (Padilla, 2005) Ahora, se amplió el énfasis a dimensiones tales como el bienestar y la función física. Shumaker y Naughton (1995) citados por Vinaccia y Quiceno (2012) agregaron algunas otras a considerar: preocupaciones a nivel existencial y/o espiritual, rendimiento sexual, nivel económico relacionado con la salud, preocupaciones excesivas relacionadas con la salud y perspectivas futuras relacionadas con la salud.

Modelos de la calidad de vida con relación a la salud.

Ware (1984) citado por Vinaccia y Quiceno (2012), propone un modelo de relación progresiva entre la enfermedad y los campos de CV. El cual, expone que la enfermedad se sitúa en el centro, es decir, en el origen donde la influencia de la CVRS es mayor. También agrega que el impacto de la enfermedad se extiende a otros factores de CVRS tales como el malestar psicológico y del bienestar, percepciones acerca de la salud y el funcionamiento de su rol a nivel social.

Otro modelo, específicamente lineal, propuesto por Wilson y Creary (1995) citado por Vinaccia y Quiceno (2012), integra elementos del modelo biomédico junto con el paradigma de las ciencias sociales. Estos clasifican variables de resultado de sujetos en: factores fisiológicos y biológicos, síntomas, salud general percibida, estado funcional y calidad de vida global. Este modelo pretende una relación lineal, ya que, entre los niveles, uno predice el siguiente.

Brenner, Curbow y Legro (1995) citado por Vinaccia y Quiceno (2012) presenta un modelo lineal continuo, el cual, parte de los síntomas, continua con niveles intermedios como el funcionamiento integrado con la enfermedad y el funcionamiento general, y finaliza con las señales de bienestar general.

Por último, Sprangers y Schwartz citado por Vinaccia y Quiceno (2012) incorporan cambio de respuesta; un impulsor que causa el proceso de adaptación en la calidad de vida. Ellos, pronostican que se disminuye la CV por medio del deterioro del estado de salud. Si se genera un afrontamiento exitoso, sucede una acomodación y mejorará la CVRS.

Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud.

Márquez y González (2010) exponen que el estudio de la calidad de vida relacionado a la salud es de vital importancia en la investigación porque permite analizar poblaciones específicas, con el fin de aportar a la planificación y asignación de recursos en torno a sus necesidades y a lo referente a las políticas de salud; y en la práctica clínica para evaluar desde la individualidad el impacto de ciertas enfermedades en cada persona y su contexto. Además, expresan que cuando se estudia la calidad de vida, generalmente se realiza con situaciones y patologías específicas en diferentes grupos poblacionales y sectores sociales. Asimismo, evidencian el interés creciente por estudiar acerca del envejecimiento satisfactorio en el adulto mayor, por lo que se incrementa también la investigación acerca de factores que influyen en la calidad de vida en esta parte del ciclo vital de las personas.

La calidad de vida relacionada con la salud, según lo evidenciado por estos autores, puede medirse a través de indicadores objetivos tales como el nivel de salud, economía, condiciones de vida, factores contextuales, síntomas, etc. Sin embargo, clarifican que para los años 70 se desarrollan instrumentos que consideraban de igual importancia aspectos subjetivos, y se basaban en la percepción que tiene la persona acerca de su estado de salud. Por esto, expresan que para ser medida desde un enfoque cuantitativo se deben tener métodos objetivos donde se distinguen las características ambientales de la valoración que hace el sujeto de dichas características. Asimismo, recomiendan que las mediciones acerca de la CVRS deben ser cortas, fáciles de administrar y responder, y ser de utilidad para la identificación de enfermedades físicas o mentales que no hayan sido detectadas de manera convencional.

Márquez y González (2010) también expresan que la valoración de la CVRS se realiza por medio de entrevistas o cuestionarios de los cuales se espera que aborden aspectos físicos, psíquicos y sociales debido a la complejidad del concepto y a las múltiples dimensiones que en él se incluyen. Esto permite que los resultados sean válidos y puedan estandarizarse los aspectos más subjetivos, teniendo presente que en ningún momento sustituye la evaluación de síntomas clásica de la práctica clínica, sino que es un complemento.

Al existir diferentes medidas para este concepto, algunas optan por realizar una pregunta abierta donde la persona pueda expresar su percepción acerca de su calidad de vida en general, mientras que otras lo abordan desde un mayor número de preguntas que buscan obtener información acerca de las dimensiones más específicamente. Por ejemplo, pueden existir preguntas acerca de la ansiedad y la depresión que se incluyen en la dimensión mental; otras del funcionamiento del cuerpo que se incluyen en la dimensión física. Sea cual sea la manera de medir la CVRS es importante destacar que cada dominio tendrá la dimensión objetiva de la evaluación de la salud y la dimensión subjetiva de la percepción del individuo. A pesar de que muchos autores denominan de diferentes maneras lo que compone el concepto, resultan siendo similares en cuanto incluyen dimensiones direccionadas a las áreas del ser humano físicas, psicológicas, sociales y emocionales (Márquez y González, 2010)

Algunos de los instrumentos más reconocidos y utilizados para medir la CVRS que incluyen las dimensiones física, mental y social, según Márquez y González (2010) son:

- Cuestionario de la salud SF-36 (Ware, 1996) fue desarrollado en Estados Unidos y se seleccionaron la menor cantidad de preguntas que mantuviera la validez del instrumento ya que era muy extenso, quedando con un total de 36 ítems, por lo cual no presenta mayor dificultad al momento de aplicarse. Es integrado por ocho dimensiones, de las cuales cuatro indagan por aspectos físicos (Función física, rol físico en lo laboral, dolor corporal y percepción de salud general) y las otras cuatro por aspectos de salud mental (vitalidad, función social, rol emocional y salud mental). Cuenta con dos formas de puntuación, pero para su interpretación se considera que entre mayor sea el puntaje, mayor es el estado de salud que la persona refleja en cualquiera de las dos. Existen dos versiones, una versión de ellas evalúa la salud en el último mes, y la otra se enfoca en la semana anterior. También existen versiones de 30 y 38 ítems resultado de las adaptaciones del cuestionario e inclusive una forma más breve de 20.
- Perfil de las consecuencias de la enfermedad (Sickness Impact Profile- SIP) se desarrolló en Estados Unidos y consta de 136 ítems, distribuidos en doce categorías y tres dimensiones: la física, la psicosocial, y otra que reúne categorías independientes. La persona, al responder tiene en cuenta su estado de salud del momento en que sea aplicado el instrumento.
- Perfil de salud de Nottingham (Nottingham Health Profile- NHP) (Hunt et al, 1981) fue desarrollado en Inglaterra y consta de 38 ítems cuya modalidad de respuesta es sí/no. Está conformada por dos partes, la primera mide seis dimensiones que se relacionan con la salud (energía, dolor, reacciones emocionales, sueño, aislamiento social y movilidad física), la segunda parte indaga por las limitaciones que la salud tiene en la cotidianidad de las personas y en la realización de sus actividades diarias (actividad laboral, vida social, trabajos del hogar, vida sexual, aficiones, vacaciones y vida familiar)

En el año 1991 la Organización Mundial de la Salud, gracias al consenso de un grupo de expertos multiculturales logra la creación del Instrumento de calidad de vida de la OMS (WHOQOL-100), compuesto por seis dominios (físico, psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, ambiental y creencias personales y religiosas) y otros 24 subdominios del concepto. El grupo mencionado, opina que las medidas de la CVRS deben recoger las percepciones del sujeto, considerar múltiples dimensiones de la vida de éste, incluir sentimientos tanto positivos como negativos, y contar con un registro de la edad y etapa del desarrollo. (Márquez y González, 2010).

Depresión.

Para Vásquez y Sanz (2009) los sentimientos de tristeza han acompañado al hombre desde sus inicios, resultando adaptativo en ocasiones donde cumplen funciones como llamar la atención de sus pares y recibir cuidados y consuelo ante situaciones difíciles. Sin embargo, al observar aspectos como la duración, intensidad y autonomía de estos sentimientos se puede evidenciar que no en todos los casos resultan funcionales, y que pueden llegar a afectar negativamente la capacidad adaptativa que la persona tiene, pasando entonces a considerarse como patológicos.

El concepto de depresión aparece descrito desde textos bíblicos donde se expresan episodios caracterizados por la presencia de síntomas como la tristeza relacionados a la incapacidad y a la locura, evidenciando que esta asociación ha existido desde muchos años atrás. Posteriormente, Hipócrates es pionero en el interés de comprender a mayor profundidad el fenómeno caracterizado por estos sentimientos, al cual denomina melancolía y lo explica desde los desequilibrios en sustancias secretadas por el cuerpo. Finalmente, en el siglo XIX el término depresión aparece para describir estos estados emocionales y a partir de entonces es utilizado como el término diagnóstico con frecuencia. Esto ocurre gracias a un psiquiatra alemán llamado Kraepelin, que lo incluye en su manual de psiquiatría, aunque hoy en día el concepto ha sufrido grandes transformaciones pues en sus descripciones era un concepto tan amplio que incluía lo

que hoy conocemos como depresión mayor, distimia, trastorno bipolar, ciclotimia. (Vázquez y Sanz, 2009)

En la actualidad, la depresión es uno de los trastornos mentales que más prevalece en la población, afectando la realización de actividades cotidianas de millones de personas alrededor del mundo. Según las estadísticas recogidas por la Organización Mundial de la Salud (2020), más de 300 millones de personas sufren de esta enfermedad, lo cual interfiere en su vida diaria incapacitando en diferentes niveles la realización de actividades laborales, académicas, relaciones familiares, hábitos de sueño y de alimentación y la capacidad de disfrutar la vida pudiendo llevar al desenlace fatal del suicidio. Según esta organización, 800.000 personas se suicidan cada año.

De igual manera, Vázquez y Sanz (2009) afirman que este estado de ánimo es uno de los malestares psicológicos más frecuentes de las personas, siendo el diagnóstico más frecuente y preocupante debido a su asociación con las conductas suicidas. Sin embargo, resaltan la importancia de diferenciar cuando se habla de depresión como síntoma, que puede estar presente en distintas psicopatologías y enfermedades médicas y cuando se constituye como un síndrome depresivo, caracterizado por un conjunto de síntomas donde sí aparece la tristeza, pero no es el único criterio a tener presente. También se encuentran, por ejemplo, afectaciones en la calidad y cantidad del sueño, en el peso corporal, en la alimentación, etc. Además, se debe tener criterios como la duración, la intensidad y el nivel de afectación en la vida del individuo.

Según OCU Ediciones (2018), el término de depresión se utiliza en la cotidianidad para referirse a un bajón en el estado del ánimo tomándose a la ligera y sin que las personas alcancen a dimensionarse la profundidad del concepto. Por esto es que también recalcan la importancia de diferenciar lo que se entiende desde el lenguaje común por depresión, generalmente referido a sentimientos de tristeza de lo que se entiende desde un enfoque médico que puede ser referido a la depresión como síntoma o como trastorno.

Para algunos teóricos de la depresión, esta varía únicamente en la intensidad cuantitativa de los síntomas, donde todos los seres humanos pasaríamos por una depresión considerada normal cuando tenemos situaciones adversas, pero con una intensidad menor a la considerada patológica que ya se considera pertinente la ayuda profesional. Por otro lado, están los autores que consideran que para diferenciar la depresión normal de la patológica es necesario considerar cualitativamente los aspectos del funcionamiento de la persona y la independencia de estos estados anímicos de las situaciones que podrían generarlos. (Vázquez y Sanz, 2009).

Síntomas depresivos.

Los síntomas que presentan las personas deprimidas varían mucho y su evolución también. Mientras que para algunos pueden ser episodios temporales para otros puede ser un estado permanente y de igual manera algunas personas pueden presentar síntomas leves y de menor gravedad mientras que para otros genera mayor incapacidad y una marcada tendencia suicida. La clasificación de la sintomatología de la depresión varía según los autores que se investiguen, sin embargo, parece existir un consenso de que esta enfermedad afecta los ámbitos de lo anímico o afectivo, el ámbito de lo motor, motivacional o conductual, el ámbito de la cognición o el pensamiento y el ámbito de las relaciones interpersonales. Beck, Rush y Shaw (2009) consideran que las afectaciones que se dan en estos componentes o ámbitos están estrechamente relacionadas entre sí de manera recíproca, por lo que las mejorías en alguno de ellos influyen en los demás de manera positiva.

En el primer grupo, los síntomas anímicos más frecuentes en las personas deprimidas según Vázquez y Sanz (2009) son los sentimientos negativos como la tristeza, abatimiento, infelicidad. Sin embargo, también existen aquellos que niegan los sentimientos e incluso expresan haber perdido la capacidad de sentir algo y de llorar. Dentro de estos síntomas, también se hace importante destacar la pérdida de las emociones positivas. Gracias a esto, la persona deprimida pierde la capacidad de disfrutar de su vida (anhedonia), ya que es una de las características distintivas de la depresión frente a otras patologías. OCU Ediciones (2018)

agregan la ansiedad y la angustia como otros síntomas de este ámbito, que afecta a las personas con cuadros depresivos y expresan que, aunque la sensación de tristeza profunda y exagerada es la de mayor prevalencia, en algunos casos lo que se evidencia es la irritabilidad, es decir, que la persona se muestra malhumorada y enojada y en la mayoría de las ocasiones no logra encontrar qué es lo que le ocurre.

Respecto a los síntomas motivacionales y conductuales, la apatía y la falta de motivación que presentan las personas deprimidas es uno de los aspectos que más les afectan, puesto que las tareas que solían realizar cotidianamente y sin mayor dificultad como levantarse de la cama, hábitos de higiene personal o decisiones sencillas se convierten en tareas realmente difíciles. Estos síntomas de inhibición conductual están estrechamente relacionados a pensamientos negativos, desesperanza, falta de sensación de control y la pérdida del sentido de las cosas que la persona realiza. Todo esto, puede derivar en un retardo psicomotor que se refiere a una disminución de las respuestas motoras como el habla, el gesto y en los casos más extremos puede desencadenar mutismo y parálisis motora que se denomina estupor depresivo (Vázquez y Sanz, 2009).

Además, según OCU Ediciones (2018), las personas deprimidas expresan constantemente sentir una extrema fatiga y cansancio. La falta de comprensión de los familiares ante esta situación hace que se complique, ya que, aunque tengan buenas intenciones dando consejos, suelen juzgar a la persona deprimida por dejar de hacer las actividades que realizaba cotidianamente y lo atribuyen a pereza o falta de voluntad, infundiéndoles sentimientos como culpa e incompreensión y dándoles a entender que están así porque quieren estarlo. También, resaltan que, a pesar de ser menos frecuentes, existen casos contrarios donde las personas se muestran inquietas, moviéndose todo el tiempo, pero sin realizar ningún acto en concreto y lamentándose por todo. Es importante también incluir en este ámbito la tendencia suicida, ya que es la más elevada dentro de la depresión.

Con relación al pensamiento y a los síntomas cognitivos, Vázquez y Sanz (2009) resaltan la afectación de los procesos cognitivos básicos como la atención, la memoria y la capacidad de concentrarse en las personas deprimidas, habiendo un descenso en el desempeño de tareas diarias. Esta disminución se acompaña además de pensamientos rumiativos y alteraciones en sus auto-esquemas, en donde la valoración de sí mismo, de su entorno y de su futuro es negativa (la denominada tríada cognitiva). Además, aparecen sentimientos de auto desprecio, auto culpa y pérdida de autoestima. Estos autores consideran que las cogniciones negativas también pudieran considerarse como causas o elementos etiológicos de la depresión.

De hecho, Beck, Rush y Shaw (2009) consideran desde el modelo cognitivo que los otros síntomas, como los motivacionales, pueden ser explicados como consecuencia de estos pensamientos, ya que al esperar un resultado negativo la persona no se compromete y no encuentra motivación para la realización de tareas específicas, ya que cree que está destinado a fracasar en todo lo que se proponga. Asimismo, proponen una explicación a la tendencia al suicidio bajo un deseo intenso de escapar de aquellos problemas o situaciones que consideran que no tienen solución o que resultan demasiado intolerables y también bajo la lógica de verse sí mismo como una carga donde la tendencia es a considerar que lo mejor para todos sería que estuvieran muertos.

En la esfera cognitiva, la tríada cognitiva en las personas deprimidas se ve afectada negativamente. En la perspectiva de sí mismo la persona tiende a menospreciarse, pierde la confianza de lo que es capaz de hacer, creyéndose incapaz de lograr cosas que antes sí podía realizar. Sobre la perspectiva del mundo, se le hace difícil o inaccesible, se da por vencido y deja de intentar abrirse al mundo. Y al respecto de las expectativas a futuro la persona se siente desesperado y desesperanzado, ya que es incapaz de visualizarlo de manera positiva (OCU Ediciones, 2018)

La sintomatología física es una de las motivaciones que lleva a las personas deprimidas a buscar ayuda. Entre estos síntomas se encuentran dificultades con el sueño (con mayor

prevalencia el insomnio, pero también casos de hipersomnía), cansancio, problemas alimenticios, pérdida de interés y placer en diversas actividades incluyendo las sexuales. Además, las personas deprimidas suelen presentar dolores de cabeza, de espalda, vómitos, visión borrosa, entre otras afecciones médicas. Estos síntomas físicos suelen marcar una línea entre quienes buscan ayuda médica o psicológica y quienes no lo hacen, pues según estos autores cuando hay una mayor sintomatología de este tipo las personas acuden más a los sistemas de salud. (Vázquez y Sanz, 2009)

El deterioro en las relaciones interpersonales en las personas deprimidas es una característica importante que generalmente no ha sido tan investigada como los otros síntomas. Según Vázquez y Sanz (2009) las personas que sufren de depresión generalmente presentan una disminución significativa en su interés por relacionarse con la gente, y normalmente las personas a su alrededor tienden a rechazarlos lo que hace que se aíslen más. Los autores recomiendan estas afecciones en las relaciones interpersonales como un punto importante a investigar, ya que se ha evidenciado que según el relacionamiento social de estos pacientes se puede llegar a predecir la evolución de la enfermedad.

Actualmente, para realizar un diagnóstico de esta patología, se utilizan manuales como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), desde la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), desde la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el DSM-5 se agrupan un conjunto de patologías bajo la categoría de trastornos depresivos y aunque presentan diferencias entre sí, en su duración y etiología, que permiten un adecuado diagnóstico y tratamiento, todos presentan un estado de ánimo triste, vacío, irritable que se acompaña de cambios físicos y mentales que tienen una afectación significativa en la capacidad funcional del individuo (APA, 2014).

Salud mental en jóvenes.

El concepto de salud mental (SM), también presenta múltiples variables para definirla. Palacio y Mart (2007) por ejemplo, proponen que es la capacidad de un sujeto de tratar con el reto de la interacción diaria con una sociedad, sin padecer experiencias emocionales, conductuales y cognitivas disfuncionales aún con factores de riesgo como; el medio ambiente, el estrés, las disfunciones psíquicas crónicas y la vulnerabilidad tanto biológica como genética.

Nakeeb, Alcázar, Fernández, Malagón & Molina, (2002) citado por Palacio y Mart (2007), también definen la SM como la capacidad que posee el sujeto de sentir, actuar y pensar con eficacia para ajustarse a un medio. Teniendo en cuenta el bienestar emocional y físico, la ausencia de síntomas, los atributos positivos presentes y la calidad de vida.

En cuanto a la salud mental en jóvenes, es importante resaltar como primer punto, el periodo evolutivo en el que se encuentran: su desarrollo abarca la constancia de hábitos tanto emocionales como sociales, los cuales soportan el bienestar mental; horas de sueño adecuado, actividad física, habilidades sociales e interpersonales, estrategias de afrontamiento funcionales, resolución de problemas de manera eficaz, inteligencia emocional, entorno familiar, escolar y social favorable y desarrollo de habilidades.

Respecto a los trastornos mentales en jóvenes a nivel mundial, el 16% de esta población presenta un trastorno entre los 10 y 19 años. (OMS, 2014). La mitad de estas enfermedades empiezan a los 14 años, sin embargo, la mayoría de estos no se detectan y, por lo tanto, no se tratan. La depresión, se comprende como uno de los motivos de discapacidad o enfermedad en jóvenes. Por su parte, el suicidio es la tercera causa de muerte en los entre los 15 y los 19 años (OMS, 2014). Es por esto que, si no se detectan ni se abordan estos trastornos mentales en los jóvenes, al ser adultos esas consecuencias se extienden y pueden afectar tanto la salud mental como la física, y, por lo tanto, podría disminuir notablemente su calidad de vida.

La OMS (2014) expone algunos determinantes para la salud mental en los jóvenes, lo cual, explica que a mayor número de factores de riesgo o de protección, mayor es el efecto para su salud mental. Algunos de los más influyentes en esta población son: el anhelo de tener mayor autonomía, la adaptación con sus compañeros, la exploración de la identidad sexual, el uso de la tecnología y la influencia de medios de comunicación. De igual manera, otros factores tienen que ver con la calidad de vida doméstica, las relaciones interpersonales, la intimidación y malos tratos, las dificultades a nivel económico, la violencia sexual, entre otros.

El riesgo de padecer un trastorno de salud mental, tiene que ver íntimamente con las condiciones de vida en las que está inmerso el joven. Aquellos que sufren de discriminación, alguna situación de estigmatización, exclusión, quienes no tienen acceso a servicios de calidad de apoyo, los que viven en lugares inestables, aquellos que sufren alguna enfermedad crónica o tenga afecciones neurológicas, los matrimonios forzados y los huérfanos, quienes hacen parte de minorías en cuanto a perfiles sexuales o étnicos, entre otros, son población con alta vulnerabilidad en cuanto a la salud mental. (Kessler, Angermeyer, Anthony, 2019).

Respecto a los jóvenes que padecen específicamente problemas de salud mental, dificultades en el entorno educativo, disfunción física y comportamientos de riesgos: son expuestos a la discriminación, exclusión y estigmatización social.

La OMS (2014) presentó en Estados Unidos una resolución llamada “Los jóvenes y los riesgos sanitarios”, en la cual explican la importancia de conocer las necesidades específicamente de los jóvenes en cuanto a la salud mental, ya que es totalmente distinta a las que presentan los adultos y los niños. En esta resolución, también se habla de una posible reivindicación durante la adolescencia en cuanto a factores de riesgo obtenidos durante los 10 primeros años, solo, si se realiza una oportuna intervención. Ya que, como lo mencionan allí, lo que acontezca en un periodo evolutivo, afecta la siguiente etapa. La eficacia de las intervenciones en esta etapa, puede llegar a solucionar problemas que hayan surgido durante la infancia.

5. Metodología

5.1. Diseño del estudio

Se realizó una revisión sistemática con una síntesis cualitativa conforme a los criterios publicados por la Colaboración Cochrane. La síntesis se focalizó en estudios observacionales cuantitativos en orden a discutir la evidencia con respecto a la percepción de calidad de vida con relación a la salud de los jóvenes con síntomas de depresión.

5.2. Base de datos y creación del árbol de búsqueda

La búsqueda se realizó en las bases de datos PubMed, Scopus y Scielo. La estrategia de búsqueda incluyó una combinación de los términos: Young adult AND Depressive Symptoms OR Young adult AND Health-Related Quality Of Life OR Depressive Symptoms AND Health-Related Quality Of Life.

5.3. Criterios para la selección de estudios

Se seleccionaron estudios observacionales, con un enfoque cuantitativo y un diseño transversal, que cuentan con 5 años o menos de publicación en idioma español e inglés, además, los estudios seleccionados cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- 1) Describir los síntomas de depresión de población joven entre 18 y 24 años de edad en promedio.
- 2) Describir la percepción de calidad de vida con relación a la salud en población joven entre 18 y 24 años de edad en promedio con síntomas de depresión.

Fueron excluidos los estudios que eran reportes de casos, series de casos, resúmenes, presentaciones en eventos y literatura gris.

5.4. Instrumentos

5.4.1. JCR

Se utilizó una matriz de Excel, que funcionó como una base de datos para realizar un informe de citación, provenientes de artículos de investigación relacionados con la investigación

actual. Con esta matriz, se registrarán todos esos antecedentes encontrados y posteriormente, se analizarán y seleccionarán dependiendo de los criterios de inclusión y exclusión.

5.4.2. STROBE

Para la evaluación de la calidad de los artículos elegidos, se utilizó STROBE, una herramienta de verificación con 22 elementos, de los cuales, 18 son comunes a estudios observacionales. Los artículos fueron evaluados de forma separada las investigadoras y se llegó a un consenso respecto a la calidad de los mismos.

El uso de la metodología STROBE para evaluación de la calidad de los estudios se realizó estrictamente de forma cualitativa, y se restringió el uso de la herramienta checklist como una guía para garantizar una clara y completa observación y análisis crítico de los estudios, tal y como ha sido indicado por el STROBE statement. Igualmente nos adherimos a la recomendación de no asignar puntajes a la herramienta ni asignar puntajes globales para la evaluación de la calidad en aras de evitar la inserción de sesgos en la revisión de la literatura (Da Costa, Cevallos, Altman, et al., 2011).

5.5. Procedimiento

Para el desarrollo de la revisión sistemática se siguieron los siguientes pasos (Pati & Lorusso, 2018):

1. Se identificaron los conceptos a incluir en la búsqueda según la población de interés, el tema y el escenario.
2. Se desarrolló una serie de palabras claves para ser usadas en las bases de datos seleccionadas según los motores de búsqueda.
4. Posteriormente, se condujo la búsqueda de los artículos en las bases de datos seleccionadas.

5. Se trabajó con un informe de citación en Excel (JCR) para las bases de datos con títulos como: nombre del autor, abstract, título, DOI, journal, volumen, año de publicación, resumen, y los criterios de inclusión y exclusión.

6. Se revisaron los artículos duplicados, y, se comprobó cuántos artículos fueron aprobados y rechazados según los criterios de inclusión y exclusión.

7. Para fortalecer tanto la validez como la confiabilidad de los resultados obtenidos por el JCR, cada investigadora revisó cada uno de los artículos incluidos con el fin de asegurarse de la calidad de éstos y llegar a un consenso.

8. Los artículos seleccionados se sometieron a una evaluación crítica mediante la guía STROBE.

9. Se verificó la calidad de la evaluación de los artículos revisados críticamente por medio de la estrategia de segundo revisor, se hizo una comparación de las evaluaciones y valoraciones que cada uno realizó de los artículos y se llegó a un acuerdo del contenido analizado de los ítems del STROBE.

10. Por último, se realizó el diagrama de flujo, incluido en el informe de investigación.

5.6 Consideraciones éticas

Teniendo en consideración nuestro contexto colombiano y su Carta Magna (Constitución política de Colombia, 1991), fueron respetados los derechos de autor consignados en el artículo 61 en el cual se expresa la protección a la propiedad intelectual según lo que dicte la ley. Específicamente el Congreso de la República de Colombia (1982) la ley 23 de 1982 decreta en diversos artículos cómo se procede para la protección de estos; en el artículo 2 se aclara que el derecho de autor deberá ser respetado en toda producción científica, literaria y artística sin importar su forma y medio en el cual se utilice el contenido.

Asimismo, se tuvo presente la ley 1090 del 2006, bajo la cual se reglamente el ejercicio profesional del psicólogo, específicamente el artículo 49 presente en el capítulo VII, el cual está dedicado a la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones. En este, se encuentra constatado que los profesionales enfocados a la investigación serán responsables de todo lo que conlleva este proceso para su correcta utilización.

6. Resultados

Para la revisión sistemática, se tomaron en cuenta 3 bases de datos: Scopus, Scielo y PubMed. En total, fueron incluidos tras la estrategia de búsqueda inicial un total de 1642 artículos: 877 de Scopus, 755 de PubMed y 10 de Scielo. Se identificaron 23 artículos duplicados, por lo que, tras su exclusión, quedaron 1619. Posteriormente, se revisaron por título y abstract (resumen) y se excluyeron un total de 1599, dando como resultado 20 artículos para ser revisados a mayor profundidad con lectura completa. Al finalizar dicha lectura, se excluyen 9 artículos porque la población que utilizaron en estos estudios tuvo un rango etario superior que la considerada por la presente investigación (18-24 años). Finalmente, son 11 los artículos incluidos para la revisión sistemática del presente trabajo. Este proceso se describe en la Figura 1.

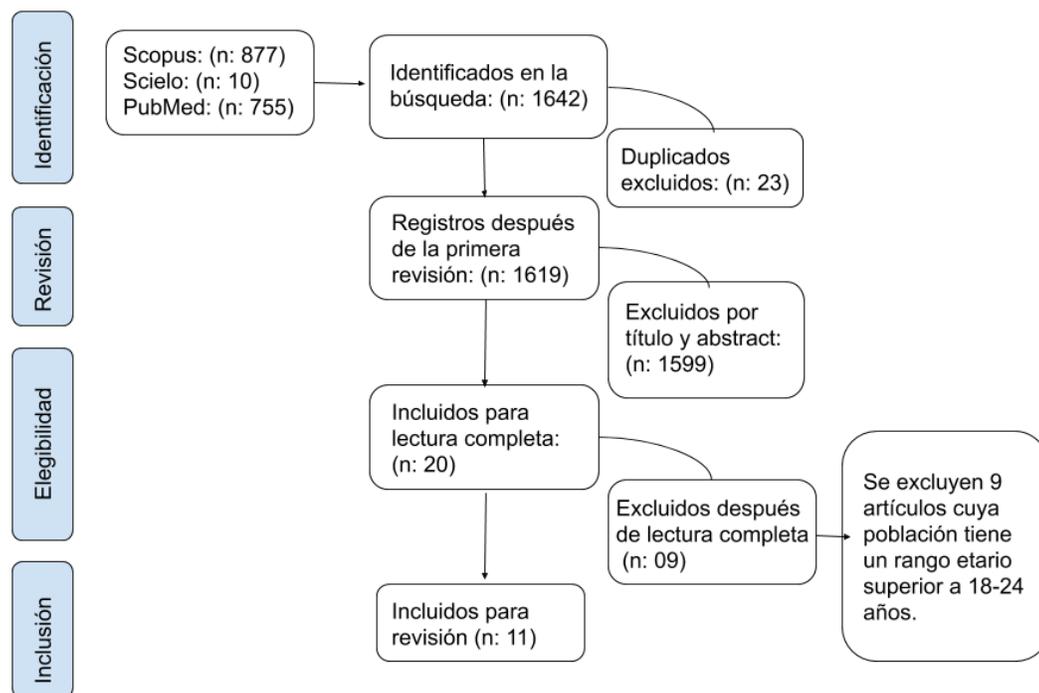


Figura 1. Flujograma del proceso de búsqueda, selección y revisión de los artículos

Los estudios analizados, tal como se muestra en la Tabla 1, fueron transversales y realizados en USA (3), China (2), Alemania (1), Brasil (1), Dinamarca (1), Japón (1), Korea (1),

Sudáfrica (1). Por otro lado, la calidad de los artículos según los criterios de la herramienta STROBE fue en su mayoría buena, con un porcentaje de cumplimiento conforme a los criterios de evaluación por encima de un 75%, excepto un artículo que tuvo un porcentaje de cumplimiento del 48% (Burger P.H.M., et al 2016), entre los criterios que más incumplían los estudios se encuentra el reporte de sesgos, el tratamiento de datos ausentes, y la validez externa de los resultados.

Se encontró en nueve estudios muestras no clínicas, en los cuales cuatro evaluaron la depresión con el BDI, dos con el CES-D, dos con el HADS, y uno con el Zung SDS. En los dos estudios restantes con muestras clínicas de cáncer infantil y fibrosis quística, fue evaluada con el MDI y el BDI.

Respecto a la calidad de vida, en las muestras no clínicas se pudo constatar el WHOQOL como el instrumento más utilizado en sus versiones breve, china y japonesa(6), seguido por el SF(2) en sus versiones de 12 y 36 ítems y el QOLI(1). Por otro lado, las muestras clínicas utilizaron el PedsQL y el CFQR. (Ver Tabla 1.)

Tabla 1. *Caracterización de los estudios incluidos en la revisión sistemática sobre diseño, población, instrumentos de medición y puntuación del STROBE.*

Autor (año)	País	Diseño del estudio	Población	Síntomas depresivos	Calidad de vida relacionada a la salud	STROBE
Borges G.B.M., Eidt I., Zilli L.N., Michels A.M.M.P., Diaz A.P. (2020)	Brasil	Estudio transversal	139 estudiantes de medicina que asistieron al 1º, 3º, 8º y 12º semestre del programa médico de la UFSC, Florianópolis, estado de Santa Catarina, Brasil. Entre los 21 y los 25 años.	Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)	Instrumento de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud - Versión Abreviada (WHOQOL-Bref)	96,3%

Milic M., Gazibara T., Pekmezovic T., Tepavcevic D.K., Maric G., Popovic A., Stevanovic J., Patil K.H., Levine H. (2020)	USA	Estudio transversal	1.624 estudiantes de la Universidad de Belgrado y 514 estudiantes de la Universidad de Kosovska, entre los 15 y 24 años.	Cuestionario sociodemográfico, Beck Depression Inventory (BDI)	cuestionario SF-36 para la evaluación de la HRQoL	85,7%
Trojanowski P.J., Fischer S. (2018)	USA	Estudio correlacional	851 estudiantes universitarios. 676 mujeres y 170 hombres entre 17 y 22 años. blancos (75,44%), afroamericanos (10,34%), asiáticos (6,81%), hispanos (2,59%), nativos americanos (0,47%), bi- raciales (2,47%) u otros (1,06%).	Beck Depression Inventory-II (BDI- II) (Beck, Steer, & Brown, 1996)	Quality of Life Inventory (QOLI)	92,3%
Seo E.J., Ahn J.-A., Hayman L.L., Kim C.- J. (2018)	KOREA	Estudio transversal	232 estudiantes elegibles de un centro de salud universitario en Corea. Entre los 19 y los 23 años	The Center for Epidemiologic Studies Depressive Symptoms Scale (CES-D)	QoL Instrument- Short Version (WHOQOL- BREF)	88,9%
Ritt-Olson A., Miller K., Baezconde- Garbanati L., Freyer D., Ramirez C., Hamilton A., Milam J. (2018)	USA	Estudio transversal	Participantes diagnosticados con cáncer entre 15 y 25 años	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)	Escala PedsQL	77,8%
Gao T., Xiang Y.-T., Zhang H., Zhang Z., Mei S. (2017)	CHINA	Estudio transversal	722 estudiantes universitarios chinos, entre los 16 y los 25 años. 513 mujeres y 209 hombres.	Depressive symptoms were measured by the Beck Depression Inventory (BDI-II)	The Chinese version of the World Health Organization's QOL Questionnaire-	75%

					Brief Version (WHOQOL- BREF)
Shudo Y., Yamamoto T. (2017)	Japón	Estudio correlacional	221 estudiantes de pregrado japoneses (93 mujeres y 128 hombres; edad: M = 19,37, DE = 1,74, rango = 18 25)	CES-D	WHOQOL-26 es la versión japonesa del BREF de calidad de vida de la OMS 75%
Choi E.P.H., Wong J.Y.H., Fong D.Y.T. (2017)	China	Estudio Transversal	652: 510 no víctimas y 142 víctimas. Hombres 289 (227 no víctimas y 62 víctimas) Mujeres 354 (275 no víctimas y 79 víctimas). No respondieron el sexo 9. Edad promedio: 20,03 años.	Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)	Instrumento BREF de la OMS (WHOQOL- BREF) 92,9%
Knudsen K.B., Pressler T., Mortensen L.H., Jarden M., Skov M., Quittner A.L., Katzenstein T., Boisen K.A. (2016)	Dinamarca	Estudio Transversal	67 pacientes de 18 a 30 años; 38 mujeres y 29 hombres	El Inventario de Depresión Mayor (MDI)	El Cuestionario sobre la Fibrosis Quística Revisado en su versión para jóvenes y adultos (CFQ- R) 82,1%
Burger P.H.M., Neumann C., Ropohl A., Paulsen F., Scholz M. (2016)	Alemania	Estudio Transversal	163 estudiantes de los primeros 5 semestres de la carrera de odontología. Primer semestre: edad promedio 21, 31,3% hombres y 68,7% mujeres; 2do semestre: edad promedio 21,37, 29,8% hombres y	Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	Encuesta de salud corta de 12 ítems (SF- 12) 48,1%

			70,2% mujeres; 4to semestre: edad promedio 22,72, 40% hombres y 60% mujeres; 5to semestre: edad promedio 23,26, 25,8% hombres y 74,2% mujeres			
Pillay N., Ramlall S., Burns J.K. (2016)	Sudáfrica	Estudio Transversal	230 estudiantes de medicina de la Universidad de KwaZulu-Natal. 71.3% mujeres y 28.7% hombres	Escala de depresión de Zung (Zung SDS)	Escala de Calidad de vida de la OMS (WHOQOL)	75%

Nota: Autoría propia

En dos estudios se encontró una alta prevalencia de síntomas depresivos entre 61,4% (Seo E.J., et al 2018) y el 76,5% (Pillay N., et al 2016). Según los hallazgos los jóvenes que fuman reportan más síntomas depresivos que aquellos que nunca han fumado (Milic M., et al 2020) igualmente, los jóvenes víctimas de violencia en el noviazgo tienen casi el doble de síntomas de depresión que los no víctimas (Choi E.P.H., et al 2017) y los estudiantes en las fases iniciales de la carrera presentan significativamente más síntomas depresivos en comparación con aquellos que están en las fases finales (Borges G.B.M., et al 2020)

En los otros dos artículos analizados, de muestras clínicas, se encontró que aproximadamente el 32% de la población sufre de síntomas depresivos clínicamente significativos (Ritt-Olson A., et al 2018; Knudsen K.B., et al 2016)

En cuanto a la calidad de vida reportada por los estudios, se observó que ésta es más pobre en las fases iniciales de los universitarios en el dominio psicológico (Borges G.B.M., et al 2020), en aquellos que fuman tabaco tanto en el componente mental como en el físico (Milic M., et al 2020), en la población latina en salud general (Ritt-Olson A., et al 2018), en los jóvenes víctimas de violencia en el noviazgo en todos los dominios (Choi E.P.H., et al 2017).

Además, en todos los estudios, tanto con muestras clínicas como no clínicas, se logró evidenciar que entre mayores sean los síntomas depresivos en los jóvenes, más pobre es su calidad de vida, afectando el dominio físico, el dominio de percepción de salud general, el dominio de las relaciones sociales y el dominio referido a lo ambiental; y, en especial, afecta negativamente en las puntuaciones del dominio psicológico/mental. Además, se encontró que la depresión puede mediar la relación entre la calidad de vida y conductas adictivas a los teléfonos celulares (Gao T., et al, 2017) y al tabaco (Milic M., et al 2020), la relación entre las conductas de evitación y la calidad de vida (Shudo Y., et al, 2017), igualmente, la relación entre calidad de vida y la fase de la carrera en que se encuentren los universitarios (Borges G.B.M., et al 2020).

Tabla 2. *Objetivos, tipos de población y principales resultados de los estudios incluidos.*

Autores (año)	Objetivos	Tipo de población	Resultados principales
Borges G.B.M., Eidt I., Zilli L.N., Michels A.M.M.P., Diaz A.P. (2020)	Comparar la calidad de vida relacionada con la salud (QoL) de los estudiantes de medicina en las fases inicial y final del programa, y evaluar la asociación entre los mecanismos de defensa del ego y los dominios QoL específicos relacionados con la salud dentro de cada grupo	No clínica	<p>En la fase inicial (1-3 semestres) se presentaron síntomas significativamente más depresivos - mediana de 5 puntos en HADS-D (rango intercuartílico [IQR] = 3-7) - en comparación con los estudiantes en las fases finales - mediana de la puntuación HADS-D de 3 (IQR = 2-6) (p = 0,01).</p> <p>Calidad de Vida: Dominio físico: Fase inicial: 61.6 (15.3) Fase final: 65.9 (16.3) P: 0.12 Dominio psicológico: Fase inicial: 56.9 (16.9) Fase final: 64.4 (14.6) P: 0.008. Dominio social: Fase inicial: 63.5 (18.6) Fase final: 68.0 (20.3) P: 0.18. Dominio ambiental: Fase inicial: 63.5 (16.0) Fase final: 67.4 (13.4) P: 0.13. Los estudiantes de fases iniciales presentaron peor calidad de vida en el dominio psicológico.</p> <p>Los síntomas depresivos (coeficiente B - 2,82, intervalo de confianza del 95% [IC95%] -3,67 a -1,97) y el factor de inmadurez (coeficiente B -12,82, IC95% - 19,30 a -5,11) se asociaron de forma independiente con la dimensión</p>

			<p>psicológica de Calidad de Vida.. En las fases finales, los síntomas depresivos (coeficiente B -3.04, IC del 95% -3.96 a -2.11), el factor de neuroticismo (coeficiente B -6.92, IC del 95% -12.19 a -1.65) se asoció con peor calidad de vida psicológica.</p>
<p>Milic M., Gazibara T., Pekmezovic T., Tepavcevic D.K., Maric G., Popovic A., Stevanovic J., Patil K.H., Levine H. (2020)</p>	<p>Evaluar la asociación entre el tabaquismo y la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL) entre estudiantes de dos universidades diferentes, y el posible efecto mediador de la depresión.</p>	<p>No clínica</p>	<p>Componente físico: Belgrade: Fumadores: 78.3 ±14.7. No fumadores: 80.6±12.9 (p:0.004). Kosovska: Fumadores: 77.6 ±15.9. No fumadores: 83.2±12.2 (p:0.001). Componente mental: Belgrade: Fumadores: 67.3 ±19.9. No fumadores: 72.3±17.8 (p:0.001). Kosovska: Fumadores: 70.5 ±19.7. No fumadores: 77.6±15.8 (p:0.001).</p> <p>Se observaron diferencias comparando las dos universidades, en el componente mental (Belgrado 71.0 18.5; Kosovska Mitrovica 75.6 17.3, (p = 0.001) y en el componente físico (Belgrado 80.0 13.4; Kosovska Mitrovica 81.5 13.6, (p = 0.023) en la calidad de vida relacionada con la salud.</p> <p>En ambas poblaciones, la proporción de depresión entre estudiantes que fumaron fue más alta comparada con los que nunca fumaron (Belgrade 19.4% vs. 11.2%, p = 0.001; Kosovska Mitrovica 14.0% vs. 4.0%, p = 0.001)</p> <p>En los estudiantes de Belgrado, el "modelo de depresión" explicó el 32,3% de la varianza del componente físico y el 42,0% del componente mental (p = 0,001), perdiéndose la asociación entre fumar y calidad de vida relacionada a la salud. Similarmente sucedió con los estudiantes de Kosovska Mitrovica, el modelo de depresión explicó 32.4% de la varianza para el componente físico y 38.7% para el componente mental (p = 0.001).</p> <p>Esto significa que tener síntomas depresivos se asoció con una calidad de vida relacionada con la salud más pobre y modificó la asociación de fumar con</p>

			CVRS entre los estudiantes de las dos universidades.
Trojanowski P.J., Fischer S. (2018)	Examinar la influencia de los síntomas de la disfunción eréctil, la frecuencia del ejercicio y la motivación del ejercicio en la CV global en los estudiantes universitarios.	No clínica	<p>La mayoría de los estudiantes obtuvieron la puntuación mínima en depresión (75,68%), mientras que el 13,51%, el 7,4% y el 3,41% cayeron en los rangos de depresión leve, moderada y grave, respectivamente.</p> <p>Los hombres y mujeres no difieren en los puntajes promedio de calidad de vida (mujer: 1.07 (1.28); hombre: 1.01 (1.27) p: 0.573), y en el BDI (mujer: 9.40 (8.29); hombres: 8.34 (8.63) p: 0.141)</p> <p>Se encontró una correlación negativa entre el BDI y QOLI ($r=-0.464$)</p> <p>En el modelo de regresión se encontró una asociación entre la QOLI y la BDI ($\beta=-0.363$, $p < .001$). ajustado por las variables edad, sexo, raza, subescalas del cuestionario de desordenes alimentarios EDE-Q, subescalas de razones para hacer ejercicio.</p>
Seo E.J., Ahn J.-A., Hayman L.L., Kim C.-J. (2018)	Este estudio examinó si los síntomas depresivos y los comportamientos de estilo de vida que promueven la salud median la asociación entre el estrés percibido y la calidad de vida (QoL) en estudiantes universitarios.	No clínica	<p>Presentaron síntomas de depresión el 61,4% de los participantes.</p> <p>El puntaje más bajo de CV fue en el dominio psicológico (13.65 de 20.00). En el dominio físico (13.84 de 20.00), el dominio social (13.73 de 20.00) y el dominio ambiental (13.78 de 20.00).</p> <p>La correlación entre CV y síntomas depresivos es $r: -0,63$ ($p < .001$)</p> <p>Los síntomas de depresión son predictores significativos de la calidad de vida ($\beta= -0.42$ $p: <.001$) ajustado por estrés percibido y perfiles de estilos de vida.</p>
Ritt-Olson A., Miller K., Baezconde-Garbanati L., Freyer D., Ramirez C., Hamilton A., Milam J. (2018)	Explorar las variaciones étnicas y sexuales en los síntomas depresivos y la calidad de vida (CV) entre los sobrevivientes de cáncer infantil adolescentes y adultos jóvenes.	Clínica	<p>Un 32.34% de la población total reportó síntomas depresivos significativos en el CES-D.</p> <p>Se encontró que los latinos puntuaron más en el CES-D (media: 15.91) que los no latinos (media: 12.13) ($p < 0.01$). De igual</p>

			<p>manera, los latinos reportaron menores puntajes en calidad de vida general (media: 75.14) que los no latinos (media: 77.29) ($p < 0.01$)</p> <p>Correlación negativa entre depresión y CV ($r: -0.75 p < 0.001$)</p> <p>Los síntomas depresivos se asociaron inversamente con QOL en modelos de regresión que incluyeron latinos y no latinos ($f = 317.47, p < 0.001$) después del control por sexo, edad, intensidad del tratamiento y estrato socioeconómico.</p>
<p>Gao T., Xiang Y.-T., Zhang H., Zhang Z., Mei S. (2017)</p>	<p>Investigar el efecto mediador de la adicción a los teléfonos inteligentes y la depresión en el neuroticismo y la calidad de vida.</p>	<p>No clínica</p>	<p>En promedio los participantes reportaron síntomas de depresión entre moderado y severo (media: 27.75 s: 7.65).</p> <p>En calidad de vida obtuvieron una puntuación promedio de 90.50 (s: 14.79) de un valor máximo de 130.</p> <p>La depresión se correlacionó negativamente con la calidad de vida ($r = -0,59, p < 0,01$), y positivamente con la adicción a los smartphones ($r = 0,34, p. < 0,01$).</p> <p>La relación entre neuroticismo y calidad de vida es negativa ($r = -0,50, p < 0,01$), y la adicción al smartphones y calidad de vida correlacionaron también negativamente ($r = -0,36, p < 0,01$).</p> <p>Los resultados de los análisis mediante ecuaciones estructurales indicaron que la asociación entre neuroticismo y calidad de vida estaba parcialmente mediada por la depresión. El efecto mediador fue -0.865.</p> <p>El neuroticismo también puede asociarse con la depresión a través de la adicción a los smartphones, y por lo tanto, afectar la calidad de vida. El efecto mediador fue de -0.108.</p> <p>El efecto directo sobre la CV de la adicción al smartphone más la depresión es de un 40,61%. Solo la depresión tiene</p>

			un efecto directo sobre CV de 38.94%.
Shudo Y., Yamamoto T. (2017)	Para aclarar el mecanismo de la influencia de la activación conductual en la CV, es necesario examinar las relaciones entre los factores relacionados con la activación conductual, síntomas depresivos y CV.	No clínica	Se correlacionó negativamente la puntuación del CES-D con el promedio del puntaje total del WHOQOL-26 ($r=-0,58$), y los dominios de salud física ($r=-0,49$), salud mental ($r=-0,64$), relaciones sociales ($r=-0,42$), ambiental ($r=-0,37$) y salud general ($r=-0,45$ $p<0,01$), siendo estas correlaciones estadísticamente significativas ($p<0,01$). Controlando por la puntuación del CES-D, se halló que la depresión media completamente la relación entre la evitación y la puntuación promedio del WHOQOL-26 ($\beta=-0,07$; $p=0,26$), así también la relación entre la evitación y la salud general ($\beta=-0,05$; $p=0,47$), dado que el efecto de la evitación perdió significancia estadística.
Choi E.P.H., Wong J.Y.H., Fong D.Y.T. (2017)	Evaluar la salud mental y calidad de vida relacionada con la salud de estudiantes universitarios chinos que fueron víctimas de violencia en el noviazgo	No clínica	Las víctimas de violencia en el noviazgo reportaron más síntomas de depresión (media: 6.32) que las no víctimas (media: 3.84) $p < 0.01$ Se encontró que la depresión tuvo una relación negativa con: Salud general HRQOL ($\beta= -0,46$ intervalo $-0,80,-0,12$), dominio físico ($\beta= -0,42$ intervalo $-0,71, -0,12$, dominio psicológico ($\beta= -0,63$ intervalo $-0,92, -0,34$, dominio social ($\beta= -0,54$ intervalo $-0,90, -0,17$) y dominio ambiental ($\beta= -0,75$ intervalo $-1,08, -0,42$), ajustado por la severidad de la violencia en el noviazgo, ansiedad, estrés, edad, género, orientación sexual y hábitos de fumar y tomar.
Knudsen K.B., Pressler T., Mortensen L.H., Jarden M., Skov M., Quittner A.L., Katzenstein T., Boisen K.A. (2016)	Examinar las relaciones entre la adherencia al tratamiento, los síntomas de depresión y la calidad de vida relacionada con la salud en adultos jóvenes con fibrosis quística	Clínica	32,8% de los participantes reportaron síntomas de depresión, de los cuales el 19,4% expresaron síntomas moderados o severos. Se encontró que los pacientes sin depresión tienen puntuaciones en CV más altas que los pacientes con depresión leve:

			funcionamiento físico (p: 0.048); rol físico (p: 0.009), vitalidad (p: 0.003); funcionamiento emocional (p: 0.001); funcionamiento social (p: 0,02); percepción de salud (p: 0,001); síntomas respiratorios (p: 0,03).
Burger P.H.M., Neumann C., Ropohl A., Paulsen F., Scholz M. (2016)	Evaluar la proporción de estudiantes en los que estos estados de riesgo pueden cuantificarse en parámetros medibles para trastornos mentales concretos	No clínica	<p>En total, el 18,8% estaban levemente deprimidos, el 15,6% moderado y el 3,1% severos.</p> <p>En el quinto semestre se registró el valor más alto para los síntomas depresivos en 13,13 puntos.</p> <p>Se encontró una correlación negativa entre depresión (BDI-II) y la dimensión mental de calidad de vida (SF-12) (r: -0.70 p < 0.00)</p>
Pillay N., Ramlall S., Burns J.K. (2016)	Determinar la prevalencia de síntomas depresivos moderados y severos en la población y explorar posibles correlaciones entre espiritualidad, depresión y calidad de vida	No clínica	<p>El 76.5% de los estudiantes estaban experimentando síntomas depresivos, un 15,6 % de ellos síntomas severos.</p> <p>Se encontró una correlación negativa (r = -0,483) para síntomas depresivos y calidad de vida (p = 0,000). Los niveles más altos de depresión se asociaron con una calidad de vida más pobre.</p> <p>Entre la depresión y cada dominio de CVRS se halló una correlación negativa: dominio físico (r: -0.373 p = 0.000); dominio psicológico (r: -0.468 p = 0.000); dominio social (r: -0.221 p= 0.001); dominio ambiental (r: -0.214 p = 0.001).</p>

Nota: Autoría propia.

7. Discusión

La depresión es una de las enfermedades mentales con mayor prevalencia, que afecta cada vez más a la población juvenil, por lo cual los investigadores y profesionales de la salud mental se interesan cada vez más por su comprensión, prevención e intervención. En los artículos analizados en la presente investigación, se evidencia la gran prevalencia que tiene esta patología en la población universitaria. Según Arrieta, Díaz y González (2014) esto se da por la presión del ambiente universitario donde se ponen a prueba las competencias y habilidades constantemente por lo que el estudiante está bajo presiones familiares, económicas y sociales; además, se encuentran en una etapa evolutiva donde se presentan grandes cambios a nivel físico, psicológico, social, cultural y cognitivos que requieren estilos de afrontamiento que afianzar su identidad, autonomía, éxito personal y social. De manera similar, Borges et al (2020) encontraron mayor afectación en los estudiantes de fases iniciales de la carrera y lo asociaron al agotamiento mental del estudiantado por la búsqueda de sus lugares en el campus universitario, las perspectivas de iniciar su formación profesional, la transición entre la vida escolar y la universitaria y la adaptación a nuevas realidades sociales y, en ocasiones, geográficas sumadas al distanciamiento de sus familiares, que son importantes redes de apoyo.

Baader et al (2014) en sus conclusiones, asocian además la depresión con una mayor tendencia a tener comportamientos autodestructivos, entre estos, fumar. Al respecto, Milic et al (2020) encontraron una relación entre la depresión y este hábito, y explican que el desarrollo de la depresión puede estar conducido por los efectos de la nicotina en la actividad de los neurotransmisores. Además, describen la interacción entre los receptores nicotínicos de acetilcolina con la liberación de dopamina, lo que genera un sentido de recompensa y refuerzo positivo que alivia los síntomas depresivos e influye positivamente en el humor. Asimismo, otra posible explicación está relacionada a la alta vulnerabilidad y aceptación a las normas entre pares de los jóvenes con síntomas depresivos. De igual manera, en diversos estudios se afirma que los hábitos como fumar y consumir bebidas alcohólicas están estrechamente relacionados con una

calidad de vida desfavorable, es decir, que es un factor de riesgo para una pobre CV (Pacheco, Michelena y Mora, 2014; Meda, et al 2014; Rodríguez, et al 2010)

En el estudio realizado por Choi et al (2016) se plantea que la violencia en el noviazgo ha sido catalogada como un importante factor de riesgo para traumas agudos, dolor crónico, enfermedades de transmisión sexual, depresión y estrés postraumático, los cuales tienen una gran afectación en la calidad de vida relacionada con la salud. Además, resaltan la depresión como una problemática de salud pública por su estrecha relación con el suicidio, la pobreza, el comportamiento antisocial, el abuso de sustancias, los comportamientos sexuales de riesgo y pobre calidad de vida relacionada a la salud.

Autores como Rodríguez, Ríos, Lozano y Álvarez (2010) afirmaron que la depresión se presenta en las personas que indican enfermedades crónicas, y que la percepción acerca de su calidad de vida relacionada con la salud se modifica cuando adquieren dicho padecimiento, por su duración en el tiempo y las alteraciones en su vida cotidiana.

En esta investigación, se destaca como hallazgo principal que la depresión funciona como variable mediadora entre la calidad de vida y otras variables, por lo cual, es indispensable tenerla presente en futuras investigaciones de CVRS, para evitar posibles sesgos y generar resultados más confiables. En los antecedentes y artículos analizados, se pudo evidenciar que la depresión afecta la calidad de vida relacionada con la salud y se relaciona con la adicción a los smartphones, los autoesquemas negativos, las problemáticas psicosociales, el consumo, abuso y dependencia de drogas y las creencias relacionadas a dichos consumos.

8. Conclusiones

Los estudios analizados en la presente investigación demuestran que la depresión afecta la calidad de vida en todos los dominios, tanto en el componente físico como en el mental. Es por esto, que la depresión se consolida como una variable mediadora entre calidad de vida y otras variables, por lo que se recomienda tener presente esta variable para controlar o ajustar correlaciones en futuras investigaciones y de manera que se puedan evitar sesgos en los resultados.

De igual manera, se resalta la importancia de realizar más investigaciones que amplíen la comprensión de los fenómenos de salud mental en grupos etarios más reducidos, puesto que en la búsqueda de antecedentes se pudo evidenciar que las divisiones de grupos consideran generalmente la minoría o mayoría de edad como único criterio de separación y la impresión de las investigadoras es que resulta necesario identificar las diferencias que cada población posee para una mejor intervención, puesto que pueden compartir diagnóstico pero no afecta ni se manifiesta de igual manera para todas las personas, porque aunque sean adultos o mayores de edad es un rango demasiado extenso.

Referencias

Agudelo, A., Ante, C., y Torres, Y. (2017). Factores personales y sociales asociados al trastorno de depresión mayor, Medellín (Colombia), 2012. *CES Psicología*, 10(1), p. 21-34.

<https://dx.doi.org/10.21615/cesp.10.1.2>

Arrieta, K. M., Díaz, S., y González, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(1), p. 14-22. <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2014000100003>

Arrivillaga, M., Salazar, I., y Correa, D. (2009). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Revista Colombia Médica*, 34(4), p. 186-195. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/43561478_Creencias_sobre_la_salud_y_su_relacion_con_las_practicas_de_riesgo_o_de_proteccion_en_jovenes_universitarios

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5a Edición. Estados Unidos de América: Editorial Médica Panamericana.

Baader, T., Rojas, C., Molina, J. L., Gotelli, M., Alamo, C., Fierro, C., Venezian, S., y Dittus, P. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 52(3), p. 167-176. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272014000300004>

Barradas, M., Fernández, N., Robledo, M., Castillo, R., y Martínez, M. (2015). Trastornos afectivos: nivel de ansiedad y depresión en universitarios. *Revista iberoamericana de producción académica y gestión educativa*, 2(2), p. 10-13. Recuperado de:

<http://www.pag.org.mx/index.php/PAG/article/view/493>

Barrios, I., y Torales, J. (2017). Salud mental y calidad de vida autopercibida en estudiantes de medicina de Paraguay. *Revista Científica Ciencia Médica*, 20(1), p. 5-10. Recuperado de

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332017000100002&lng=es&tlng=pt.

Beck, A., Rush, J., y Shaw, B. (2009). *Terapia cognitiva de la depresión*. Recuperado de:

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/biblioiesp/reader.action?docID=3194359>

Borges, G., Eidt, I., Zilli, L., Michels, A., Diaz, A (2020). Defense mechanisms and quality of life of medical students according to graduation phase. *Trends Psychiatry Psychother vol 42(1)* pp 74-81 doi: <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0022>

Burger P.H.M., Neumann C., Ropohl A., Paulsen F., Scholz M. (2016) Development of depression and deterioration in quality of life in German dental medical students in preclinical semesters. *Annals of anatomy = Anatomischer Anzeiger : official organ of the Anatomische Gesellschaft vol 208*, pp 183–186. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aanat.2016.05.011>

Choi E.P.H., Wong J.Y.H., Fong D.Y.T. (2017) Mental health and health-related quality of life of Chinese college students who were the victims of dating violence. *Qual Life Research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation vol 26(4)* pp 945-957. doi: <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1413-4>

Congreso de la República de Colombia (1982). *Ley 23 del 28 de enero de 1982 sobre derechos de autor*. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia. Recuperado de: <http://derechodeautor.gov.co/documents/10181/182597/23.pdf/a97b8750-8451-4529-ab87-bb82160dd226>

Congreso de la República de Colombia (2006). *Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006 por la cual se reglamenta el ejercicio profesional psicológico, se dicta el código deontológico y bioético*. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia

Constitución política de Colombia [Const.] (1991), Artículo 61. [Título II, Cap. 2]. Recuperado de:

<https://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>

Da Costa, B. R., Cevallos, M., Altman, D. G., Rutjes, A. W. S., y Egger, M. (2011). Uses and misuses of the STROBE statement: Bibliographic study. *BMJ Open*, 1(1), e000048.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2010-000048>

Díaz, N. (2012). *Depresión y Factores Asociados en Estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia, Colombia.

Recuperado de: <http://bdigital.unal.edu.co/6947/1/458553.2012.pdf>

Gao, T., Xiang, Y. T., Zhang, H., Zhang, Z., & Mei, S. (2017). Neuroticism and quality of life: Multiple mediating effects of smartphone addiction and depression. *Psychiatry research*, vol 258, pp 457–461 doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.074>

Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M., y Quiceno, J. (2007), Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, (20) p.50-75. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21302004>

Gómez, C., Tamayo, N., Bohórquez, A., Rondón, M., Medina, M., Rengifo, H., y Bautisa, N. (2016). Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45 (1). p. 58-67. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.04.009>

González, H. L., Delgado, H. D., Escobar, M., y Cárdenas, M. E. (2014). Asociación entre el estrés, el riesgo de depresión y el rendimiento académico en estudiantes de los primeros semestres de un programa colombiano de medicina. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 17(1), p. 47-54. <https://dx.doi.org/10.4321/S2014-98322014000100008>

<https://dx.doi.org/10.4321/S2014-98322014000100008>

Kessler R., Angermeyer, M., Anthony, J (2019). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 6(1), p. 168–76.

Knudsen K.B., Pressler T., Mortensen L.H., Jarden M., Skov M., Quittner A.L., Katzenstein T., Boisen K.A. (2016). Associations between adherence, depressive symptoms and health-related quality of life in young adults with cystic fibrosis. *SingerPlus vol 5(1)* pp 1-8. doi: 10.1186/s40064-016-2862-5

Márquez, R., y González, R. (2010). Actividad física y bienestar subjetivo. Recuperado de: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/biblioiesp/detail.action?docID=3228379>

Martínez, M., Muñoz, G., Rojas, K., y Sánchez, J (2016). Prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de medicina de Puebla, México. *Atención Familiar*, 23 (4). P.145-149. Recuperado de: <https://www-sciencedirect-com.iue.basesdedatosprox.com/science/article/pii/S140588711630150X>

Maya, J., Ruiz, A., y Sepúlveda, P. (2019). Autoestima, depresión y actitudes hacia el aprendizaje en estudiantes universitarios. *Psico Sophia Revista Electrónica de la Facultad de Psicología de la Universidad de Montemorelos*, 1(1) p. 13-20. Recuperado de: <http://psicosophia.um.edu.mx/ojs/index.php/psicosophia/article/view/5/3>

Meda, R., Moreno, B., Morales, M., Torres, P., Lara, B., y Nava, G. (2014). Creencias de salud-enfermedad en estudiantes universitarios. *Revista de Educación y Desarrollo*, 3(1) p. 31-37. Recuperado de: http://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/adjuntos/2014_creencias_de_salud-enfermedad_y_estilos_de_vida_en_estudiantes_universitarios.pdf

Milic M, Gazibara T, Pekmezovic T, Kisic Tepavcevic D, Maric G, Popovic A, et al. (2020) Tobacco smoking and health-related quality of life among university students: Mediating effect of depression. *PLoS ONE vol 15(1)* pp 1-18. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227042>

Ministerio de Salud. (2017). *Boletín de salud mental: Depresión*. (Nº1). Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>

OCU Ediciones (2018). *Depresión Diagnóstico, tratamiento y prevención*. Recuperado de:

<http://www.ebooks7-24.com/?il=9390&pg=19>

Organización Mundial de la Salud (1996), Grupo sobre la Calidad de Vida. ¿Qué calidad de vida? *Foro Mundial de la Salud*, 17(1) p. 385-87. Recuperado de:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud (2006). *Prevención del suicidio un instrumento de trabajo*. Recuperado de:

https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_work_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (2014). *Salud para los adolescentes del mundo, una segunda oportunidad en la segunda década: Servicio de producción de documentos de la OMS*. Ginebra, Suiza. Recuperado de:

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/second-decade/es/

Organización Mundial de la Salud. (2020) *Depresión*. Recuperado de:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes: Estimaciones sanitarias mundiales*. Recuperado de:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pacheco, M., Michelena, M., Mora, R., y Miranda, O. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes universitarios. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(2), p. 157-

168. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000200004&lng=es&tlng=es.

Padilla, G. (2005) Calidad de vida: panorámica de investigaciones clínicas. *Revista Colombiana de psicología* 13(1) p. 80 - 88. Recuperado de:

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1222>

Palacio, J., y Mart, Y. (2007). Relación del rendimiento académico con la salud mental en jóvenes universitarios. *Psicogente*, 10(18). Recuperado de:

<http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/1556>

Pati, D., & Lorusso, L. N. (2018). How to Write a Systematic Review of the Literature. *HERD*, 11(1), p. 15–30.

Pillay N., Ramlall S., Burns J.K. (2016). Spirituality, depression and quality of life in medical students in KwaZulu-Natal. *South African Journal of Psychiatry* vol 22(1) pp 1-6. doi:

<https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v22i1.731>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2020). *Objetivos de desarrollo sostenible*.

Recuperado de: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>

Ritt-Olson, A., Miller, K., Baezconde-Garbanati, L., Freyer, D., Ramirez, C., Hamilton, A., & Milam, J. (2018). Depressive Symptoms and Quality of Life Among Adolescent and Young Adult Cancer Survivors: Impact of Gender and Latino Culture. *Journal of adolescent and young adult oncology*, vol 7(3), pp 384–388. doi:

<https://doi.org/10.1089/jayao.2017.0078>

Riveros, F., y Vinaccia, S. (2017). Relación entre variables sociodemográficas, patogénicas y salutogénicas, con la calidad de vida en estudiantes universitarios colombianos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(3), p. 229-241.

<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.16330>

Rodríguez, N., Ríos, M., Lozano, L., y Álvarez, M (2010) Percepción de jóvenes universitarios respecto a su salud: conductas y contexto de riesgo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(2) p. 245-260. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/41805729_PERCEPCION_DE_JOVENES_UNIVERSITARIOS_RESPECTO_A_SU_SALUD_CONDUCTAS_Y_CONTEXTO_DE_RIESGO

Ruíz, H., Insfrán, K., Andrada, F., y Ayala, J. (2017). Investigación sobre la prevalencia de Ansiedad y Depresión en estudiantes de psicología y su relación con los rasgos de Personalidad. *Revista Científica de la UCSA*, 4(1),p. 17-28.

[https://dx.doi.org/10.18004/ucsa/2409-8752/2017.004\(01\)017-028](https://dx.doi.org/10.18004/ucsa/2409-8752/2017.004(01)017-028)

Seo, E. J., Ahn, J. A., Hayman, L. L., & Kim, C. J. (2018). The Association Between Perceived Stress and Quality of Life in University Students: The Parallel Mediating Role of Depressive Symptoms and Health-Promoting Behaviors. *Asian nursing research*, vol 12(3) pp 190–196. doi: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.08.001>

Shudo Y, Yamamoto T (2017) Assessing the relationship between quality of life and behavioral activation using the Japanese Behavioral Activation for Depression Scale-Short Form. *PLoS ONE* vol 12(9) pp 1-9 doi:

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185221>

Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and elaboration. *International Journal of Surgery (London, England)*, 12(12), 1500–1524.

<https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.07.014>

Trojanowski, P. J., & Fischer, S. (2018). The role of depression, eating disorder symptoms, and exercise in young adults' quality of life. *Eating behaviors* vol 31 pp 68–73. doi:

<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.08.005>

Vázquez, C., y Sanz, J. (2009). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (Ed.), *Manual de psicopatología. Edición revisada*. p. 234-271. Madrid, España: McGraw-Hill Interamericana de España, S. A. U

Vinaccia, S., y Quiceno, J. (2012) Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia, Avances de la disciplina*, 6(1). P. 123-136.
<https://doi.org/10.21500/19002386.1175>