

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

*Tesis para optar por el grado académico de  
Licenciatura en Enfermería*

**DETERMINANTES DE LA SALUD  
MENTAL RELACIONADOS A LA  
CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES  
BENEFICIARIAS DEL PROYECTO  
SOCIAL “LAS MARGARITAS”. OBRAS DE  
SOR MARÍA ROMERO, BARRIO DON  
BOSCO SAN JOSÉ, COSTA RICA, III  
CUATRIMESTRE 2018.**

**NANCY DAYANA LIZANO CAMPOS**

2018

# ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	4
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	5
<b>RESUMEN</b>	9
<b>CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1.1 Antecedentes del problema	14
1.1.2 Delimitación del problema	28
1.1.3 Justificación	29
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN	31
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	31
1.3.1. Objetivo general	31
1.3.2. Objetivos específicos	31
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	32
1.4.1. Alcances de la investigación	32
1.4.2. Limitaciones de la investigación	32
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL	34
2.1.1 Modelos y teorías	46
<b>CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO</b>	
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	53
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	53
3.3 UNIDADES DE ANÁLISISU OBJETOS DE ESTUDIO	53
3.3.1 Población	55
3.3.2 Muestra	55
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión	55
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA	55

INFORMACIÓN	
3.4.1 Validez del cuestionario	55
<b>CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</b>	
4.1 GENERALIDADES	64
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	
5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS	87
<b>CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
6.1 CONCLUSIONES	93
6.2 RECOMENDACIONES	95
BIBLIOGRAFÍA	96
ANEXOS	
Anexo No 1. DEDICATORIA	101
Anexo No 2. AGRADECIMIENTO	102
Anexo No 3. DECLARACIÓN JURADA	103
Anexo No 4. CARTA CECAMMM	104
Anexo No 5. CARTA LAS MARGARITAS	105
Anexo No 6. CARTA TUTOR	106
Anexo No 7. CARTA LECTOR	107
Anexo No 8. CARTA FILÓLOGO	108
Anexo No 9. ALFA DE CRONBACH	109
Anexo No 10. INSTRUMENTO	110
Anexo No 11. PLAN PILOTO	111

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Título</b>	<b>Página</b>
<i>Tabla No 1.</i>	<i>Criterios de inclusión y exclusión de las mujeres pertenecientes al proyecto social “Las Margaritas” Obras de Sor María Romero, Barrio Don Bosco, San José, Costa Rica. II cuatrimestre 2018.</i>	55
<i>Tabla N°2.</i>	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según el tipo de discriminación que han experimentado. “Las Margaritas”, 2018.</i>	69
<i>Tabla N°3.</i>	<i>Condiciones personales presentes en mujeres participantes de la investigación, Las Margaritas, 2018.</i>	75
<i>Tabla N°4.</i>	<i>Frecuencia de consumo de tiempos de alimentación en mujeres participantes de la investigación. “Las Margaritas”, 2018.</i>	77
<i>Tabla N°5.</i>	<i>Distribución porcentual del total de mujeres según la frecuencia con que se realizan exámenes médicos. “Las Margaritas”, 2018</i>	79
<i>Tabla N° 6</i>	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes de la investigación según manifestación de situaciones personales. “Las Margaritas”, 2018.</i>	82

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura</b>	<b>Título</b>	<b>Página</b>
<i>Figura N°1</i>	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según edad. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	64
<i>Figura N°2</i>	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según nacionalidad. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	65
<i>Figura N°3</i>	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según provincia de residencia. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	65
<i>Figura N°4</i>	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según estado civil. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	66
<i>Figura N°5</i>	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según si tienen hijos o no. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	66
<i>Figura N°6</i>	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según el grupo de edad al cual pertenecen sus hijos. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	67
<i>Figura N°7</i>	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según nivel de escolaridad. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	67
<i>Figura N°8</i>	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según la condición laboral actual. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	68

<i>Figura N°9</i>	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según su trabajo actual. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	68
<i>Figura N°10</i>	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según el grado de estrés laboral. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	69
<i>Figura N°11</i>	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según el tipo de violencia que han sufrido. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	70
<i>Figura N°12</i>	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según el ingreso económico mensual. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	70
<i>Figura N°13</i>	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según el número de personas que dependen económicamente de ellas. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	71
<i>Figura N°14</i>	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes según si sus ingresos económicos son necesarios para satisfacer sus necesidades económicas y familiares. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	71
<i>Figura N°15</i>	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según la obtención de apoyo económico por parte de terceros. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	72

<i>Figura Nº16</i>	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según la obtención de algún tipo de ayuda social. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	72
<i>Figura Nº17</i>	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según si consumen alguna droga o psicoactivo. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	73
<i>Figura Nº18</i>	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes según la necesidad del consumo de drogas o psicoactivos para sentirse bien consigo mismas. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	73
<i>Figura Nº19</i>	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes según la frecuencia con que realizan actividad física. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	74
<i>Figura Nº20</i>	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes según el número de horas que permanecen sentadas al día. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	74
<i>Figura Nº21</i>	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes según antecedentes de salud familiares. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	75
<i>Figura Nº22</i>	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes según antecedentes de salud personales. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	76
<i>Figura Nº23</i>	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes según la asistencia a algún centro de salud. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	78

Figura Nº24	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes según si tienen energía para realizar las actividades cotidianas. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	80
Figura Nº25	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes según la cantidad de horas que duermen por la noche. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	81
Figura Nº26	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según el padecimiento de insomnio. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	81
Figura Nº27	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según aspectos personales que logran identificar sobre ellas mismas. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	84
Figura Nº28	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según si mantienen una vida sexual activa. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	84
Figura Nº29	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según si utiliza algún anticonceptivo. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	85
Figura Nº30	<i>Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según la religión que practican. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.</i>	85

## RESUMEN

Los determinantes de la salud mental son todos aquellos factores que promueven la salud mental o, por el contrario, tienen un impacto negativo sobre ella. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es una percepción del individuo basada en su existencia, la cultura y sistema de valores en el cual se desarrolla en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes personales. **Objetivo general:** determinar los factores de la salud mental presentes en mujeres beneficiarias del proyecto social “Las Margaritas”, relacionado con la calidad de vida. Obras de Sor María Romero, Barrio Don Bosco San José, Costa Rica, en el III cuatrimestre, 2018. **Metodología:** la presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, porque usa la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para así lograr establecer patrones de comportamiento y comprobar teorías. Es de tipo descriptiva, pues busca especificar las características importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier fenómeno que sea sometido a análisis. Se trabaja con una muestra de 161 mujeres pertenecientes al proyecto social “Las Margaritas”. **Resultados:** la población se encuentra en el grupo de edad de los 18 a los 37 años; la gran mayoría son costarricenses, pero también hay un gran porcentaje de mujeres nicaragüenses. Estas habitan en la provincia de San José, la mayoría son solteras, sin hijos y con un nivel de escolaridad de primaria completa. Gran parte de estas ha sufrido algún tipo de discriminación y violencia. Los ingresos económicos que reciben son mayores a 141 mil colones mensuales, la mayoría cuenta con el apoyo económico de un tercero, pero no con un apoyo social. Los sentimientos de tristeza y el estado de ánimo decaído, así como la sensación de nerviosismo constante y el comer en exceso denotan que puede haber posibles cuadros depresivos y ansiosos. La hipertensión

arterial y la diabetes se posicionan no solo como los principales antecedentes de salud familiares, sino también como antecedentes de salud personales. La mayoría acceden a servicios de salud cuando lo necesitan y se realizan exámenes médicos de rutina de 1 a 3 veces al año. En el ámbito sexual, muchas de ellas no mantienen relaciones sexuales. Finalmente, la actividad recreativa no es fundamental para la población en estudio, ya que la mayoría indicó nunca practicarla. **Conclusiones:** los determinantes de la salud mental presentes en la población estudiada son: la discriminación, el riesgo de violencia, los ingresos económicos y la protección social, los indicadores de trastornos mentales, los factores genéticos y los factores personales y el acceso y uso de los servicios de salud. Los factores de la calidad de vida presentes son: en las dimensiones física, psicológica y espiritual, no se encuentra impacto negativo hacia la calidad de vida, la actividad sexual ni las actividades recreativas. Los determinantes de la salud mental anteriormente mencionados afectan de manera directa la calidad de vida de las mujeres estudiadas. **Recomendaciones:** Se recomienda capacitación. Trabajar de manera interdisciplinaria con los profesionales en psicología temas como la depresión y la ansiedad. Aplicar pequeñas evaluaciones, tiempo después de realizar las capacitaciones, para medir la comprensión de la información proporcionada.

**Palabras claves:** salud mental, determinantes de la salud mental, calidad de vida, mujeres.

## SUMMARY

The determinants of Mental Health are all those factors that promote Mental Health or on the contrary have a negative impact on it. According to the World Health Organization, quality of life is a perception of the individual based on its existence, the culture and value system in which it develops in relation to its objectives, expectations, norms and personal concerns. **General objective:** to determine the mental health factors present in women beneficiaries of the social project "Las Margaritas", related to the quality of life. Social Works by Sor María Romero, Don Bosco Neighborhood San José, Costa Rica, III quarter of 2018. **Methodology:** this research has a quantitative approach because it uses data collection based on numerical measurement and statistical analysis in order to establish patterns of behavior and check theories. It is descriptive because it seeks to specify the important characteristics of people, groups, communities or any phenomenon that is subject to analysis. We work with a sample of 161 women belonging to the "Las Margaritas" social project. **Results:** The population is in the age group of 18 to 37 years old the great majority, Costa Ricans, but there is also a large percentage of Nicaraguan women, they live in the province of San José, the majority are single, without children and with a complete primary school level. Most have suffered some type of discrimination and violence. The economic income they receive is greater than 141 thousand colones per month, most of them with the financial support of a third party, but not with social support. Feelings of sadness and a depressed mood, as well as the feeling of constant nervousness and overeating denote that there may be possible depressive and anxious pictures. High blood pressure and diabetes were positioned not only as the main family health history, but also as a personal health history. Most of them access health services when they need it, and routine medical examinations are performed 1 to 3 times a year. In the sexual sphere,

most do not have sexual relations. The recreational activity is not fundamental for the population under study since the majority indicated never to practice it. **Conclusions:** the determinants of mental health present in the studied population are: discrimination, the risk of violence, economic income and social protection, indicators of mental disorders, genetic factors and personal factors and access to and use of health services. The factors of the quality of life present are: in the physical, psychological and spiritual dimensions there is no negative impact on the quality of life; sexual activity and recreational activities. The aforementioned determinants of mental health directly affect the quality of life of the women studied. **Recommendations:** Training. Work in an interdisciplinary way with professionals in psychology, such as depression and anxiety. Apply small evaluations after completing the training to measure the understanding of the information provided

**Keywords:** mental health, determinants of mental health, quality of life, women.

**CAPÍTULO I**  
**PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1.1 Antecedentes**

La presente investigación revisa estudios realizados a nivel nacional e internacional que tengan relación con las variables en estudio. Dentro de ellos se destacan los siguientes:

Muñoz<sup>1</sup>, en su estudio del año 2016 llamado “Indagaciones epidemiológicas en salud mental: usos de servicios de salud y percepción del apoyo social”, plantea que el apoyo social puede ser considerado un recurso externo que, junto con otros recursos, constituye el potencial que posee alguien para enfrentar, con cierto éxito, las exigencias del medio. También, propone que el apoyo social es una valoración de tipo cognitivo sobre el apoyo que dispone una persona es su red social si llega a necesitarlo y que la valoración de su percepción se realiza con los parámetros temporales de presente y futuro. Esto, a diferencia del apoyo social recibido, que toma el parámetro temporal del pasado para su evaluación.

Muñoz<sup>1</sup> utiliza para su estudio una muestra no probabilística de 62 sujetos, 30 mujeres y 32 hombres, residentes de Barrio Sarmiento y Barrio Lihue, con edades entre los 18 y 84 años, ambos con características urbano-marginales. A estos, se les aplica el cuestionario epidemiológico de sintomatología mental “CESIM”, en su forma abreviada, y el cuestionario de apoyo social comunitario percibido, valorando aspectos de sintomatología mental e integración, participación comunitaria y apoyo social de los sistemas informales y formales, respectivamente. El estudio muestra, en el aspecto de la sintomatología mental, que un 48,4 % de la población estudiada presenta sintomatología baja o media y el 51,6 % restante sintomatología alta o muy alta. En el aspecto de la integración social, los resultados más relevantes señalan que el 45,2 % de las personas encuestadas manifiestan

sentirse muy integrados dentro del sistema social y redes de apoyo, esto contra un 24,2 % que manifiestan sentirse medianamente integrados y un 30,6 % que refieren sentirse poco integrados.

El 49,1 % de la muestra responde de manera afirmativa cuando se le pregunta si habían padecido o presentado, durante el último año, alguna enfermedad causada por nervios, del 48,4 % de la población que muestra sintomatología mental alta o muy alta, solo la mitad habían consultado a un profesional en salud en ese año o en algún momento de su vida. Otros aspectos relevantes de la investigación señalan que las personas separadas o divorciadas presentan mayor carga de sintomatología en salud mental, ya que el 78 % de estas se ubican en niveles altos o muy altos. En relación con el nivel educativo, el 78 % de las personas con nivel primario incompleto se ubica en valores de sintomatología alta y muy alta. Asimismo, un 80 % de los desempleados tienen síntomas altos o muy altos y, dentro de estos, el 60 % refiere estar buscando trabajo.

Muñoz <sup>1</sup> concluye que las características sociodemográficas que se relacionan con una alta sintomatología mental son: el desempleo, el bajo nivel educativo, un estado civil de separación o divorcio y la edad (18 a 24 años y 45 a 54 años). Otro aspecto importante es que, a pesar de que la población presenta sintomatología mental alta o muy alta, no es un predictor de consulta a los servicios de salud mental, por lo que se abre la interrogante de si estos servicios están disponibles a nivel comunitario, si son de fácil acceso y si cumplen con las expectativas y necesidades de la población.

Marcial et al.<sup>2</sup>, en su estudio sobre “Elementos objetivos y subjetivos en la calidad de vida de hogares rurales en Yehualtepec, Puebla”, del año 2016, busca factores que determinen

la calidad de vida de la población mediante la relación de esta con la disponibilidad de alimentos y el estado integral de los jefes de familia, así como la presencia de otros factores que sean significativos en determinar la calidad de vida.

Los resultados relacionados al nivel de calidad de vida general muestran que el 19.44 % de los hogares se clasifican en muy baja calidad de vida, el 20.83 % de los hogares en nivel bajo, el 19.44 % en un nivel medio, el 20.83 % en alto y el 19.44 % en muy alto. El 83,3 % de las viviendas de la población en estudio son propias, el 88,9 % construidas en block y el 55,6 % también con techos construidos con el mismo material. Con respecto a los servicios de agua potable, el 56,9 % de los hogares son abastecidos por medio de una red de agua potable, pero solo el 37,5 % de los hogares cuenta con un sistema de drenaje de aguas negras, ganando un 56,9 % de los hogares, los cuales tienen un hoyo negro como sistema de desechos sanitarios.

Marcial et al.<sup>2</sup> logra identificar tres fuentes principales de ingresos económicos en la población estudiada que son actividades no agrícolas con un 82 %, ingresos por programas sociales con un 74 % y la venta de ganado con un 64 %. En el tema de la alimentación también se obtienen resultados de relevancia y se determina que el 31 % de los hogares presentan una muy escasa diversidad de alimentos con solo entre cuatro y cinco grupos. De esta manera, Marcial et al.<sup>2</sup> concluye que la diversidad dietética, estado nutricional del jefe de hogar y el grado de seguridad alimentaria, variables que se agrupan en la componente de seguridad alimentaria, están asociadas con la calidad de vida de los hogares.

El 18 % de los hogares estudiados presentan algún tipo de hacinamiento, hay entre 2.5 y 5 personas por habitación, esto lleva a los autores<sup>2</sup> a concluir que el número de cuartos para

dormir es un factor asociado con la calidad de vida, ya que los niveles altos de hacinamiento están asociados con el deterioro en la salud, riesgo de contagio de enfermedades, poca privacidad en el hogar y alta probabilidad de inseguridad alimentaria.

Las variables del bienestar humano constituyen otro de los hallazgos más relevantes, ya que son significativas para la calidad de vida. En cuatro de cada diez hogares, se registra, al menos, una persona enferma. En esta investigación, se concluye que las personas con alguna enfermedad generan gastos en la salud, impiden la realización de actividades y generan un inadecuado aprovechamiento biológico de los alimentos, todo esto disminuyendo la calidad de vida de las personas.

Shirley et al.<sup>3</sup>, en su investigación denominada “Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia” realizada en el año 2017, plantea como objetivo determinar factores asociados a la calidad de vida en la población. Su estudio de tipo transversal cuenta con una población total de 107 404 adultos mayores, de los cuales se toma como muestra a 660 de ellos. Los autores<sup>3</sup> toman como referente la teoría de la calidad de vida relacionada con la salud y emplean distintos instrumentos de medición y evaluación como el test de Pfeiffer, la escala de depresión de Yesavage, la escala de Barthel, Lawton y Brody, el Índice Multicultural de Calidad de Vida, entre otros.

La edad promedio de la población en estudio es de 71 años, de las cuales 55,7 % son del sexo femenino. Dentro de los resultados más relevantes, el 62,6 % manifiesta tener una pareja estable, el 49,6 % un nivel de escolaridad de primaria, el 52,8 % dedicarse al hogar únicamente y un 66,7 % vivir con un promedio de 4 personas y el 89,5 % de la población presenta una alta prevalencia de apoyo social adecuado y un aspecto importante el 86,3 %

de los entrevistados tiene independencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

En el ámbito de salud mental, el 60,8 % no presenta síntomas depresivos con significancia clínica, el 51,4 % dijo percibir su salud como buena, el 87,4 % percibe su calidad de vida relacionada con la salud como excelente. Finalmente, los autores<sup>3</sup> concluyen que la calidad de vida se asocia positivamente a percibir apoyo social adecuado y a la independencia para realizar actividades de la vida diaria y negativamente al hecho de trabajar o tener pensión.

García et al.<sup>4</sup>, en el estudio denominado “Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales, Colombia”, del año 2017, buscan evaluar la asociación entre los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en la población en estudio. La investigación se realiza en una población de 18 109 viviendas, tomando una muestra de 440 viviendas. De estas, el 2,9 % pertenece a un estrato económico bajo contra un 88,9 % que son de un estrato económico alto. La edad promedio de los participantes es de 49 años, con un 61,4 % correspondiente al sexo femenino encontrándose en su mayoría en la adultez media. Las personas por vivienda son, en promedio, 3,6, de las cuales el 1,1 % no cuentan con estudios, contra un 54 % que sí poseen estudios universitarios de pregrado o superiores. El 97 % de la población tiene una afiliación general al sistema general de seguridad social y el 19,5 %, además de esto, posee un seguro privado de salud, el 30 % de la muestra al momento del estudio está desempleada.

En el aspecto económico, los ingresos mensuales mínimos del hogar son de 23 dólares y los ingresos máximos de 23 000 dólares, por lo que el 88,9 % pertenece al estrato socioeconómico alto, con respecto a la calidad de vida general, el 36,8 % califica su

calidad de vida como normal y el 61,6 % como bastante bien o muy bien. El 67,8 % refiere estar satisfechos o muy satisfechos con su salud. García et al.<sup>4</sup> concluyen, según su análisis, que la calidad de vida está relacionada de manera directa con la escolaridad, la posición socioeconómica auto percibida, los ingresos mensuales del hogar, las relaciones sociales y el ambiente.

Baró et al.<sup>5</sup>, en el año 2017, desarrolla un estudio llamado “Acciones educativas para mejorar la calidad de vida en adultos mayores”, con el fin de elaborar una propuesta de acciones educativas que permitan mejorar la calidad de vida de los adultos mayores del círculo de abuelo del Consejo Popular “Pastorita”. Para esto, se utiliza una muestra de 15 adultos mayores, de los cuales predomina el sexo femenino y el grupo de edad de los 60 a los 70 años. Los resultados reflejan que el nivel de escolaridad medio predomina en los adultos mayores con el 53,3 % del total de la muestra, el nivel universitario, por su parte, es del 33,3 %. El 53,3 % de los adultos mayores estudiados tienen algún tipo de información sobre calidad de vida contra el 20 % ninguna información.

Los autores<sup>5</sup>, finalmente, concluyen que la edad es un factor determinante a la hora de modificar estilos de vida, ya que, cuanta más edad tenga la persona, menor es la posibilidad de incluir elementos educativos y comprensivos para lograr un determinado objetivo. Esto constituye un reto para las personas comprometidas con el mejoramiento de la calidad de vida en la sociedad. También, se concluye que el envejecimiento depende de la calidad de vida que se lleva desde el nacimiento y que para envejecer con salud se deben mejorar las condiciones de vida de la población.

Baró et al.<sup>5</sup> proponen brindar bienestar, asegurando servicios de salud integrales y priorizando acciones de salud para los grupos con más necesidades y menos condiciones, así como contribuir al desarrollo de una cultura donde la vejez sea símbolo de experiencia, sabiduría y respeto, como clave para un mejoramiento de la calidad de vida durante esta etapa.

A pesar de que el nivel de escolaridad es medio y que la población tiene ciertos conocimientos sobre calidad de vida, el comportamiento de los adultos mayores no corresponde con lo anterior, por tal razón, los autores<sup>5</sup> proponen algunas acciones para contribuir con la calidad de vida, como: mantener, incorporar y rescatar a los ancianos al círculo de abuelos como forma alternativa de promoción de la salud mental, fomentar la participación activa en las actividades culturales y de disfrute y orientar al anciano y a su familia sobre situaciones familiares y sociales generadoras de estrés psicosocial.

Navarro et al.<sup>6</sup> desarrollan un estudio en el año 2017 llamado “Calidad de vida en mujeres de edad mediana de La Habana”, con el objetivo de describir las características de la calidad de vida y su asociación con factores biológicos y sociales en mujeres de edad mediana. Para esto, se utiliza una muestra de 400 mujeres con edades entre los 40 y 59 años de las cuales 200 son captadas en la consulta de atención primaria y las otras 200 en la consulta de climaterio y menopausia. Se les aplica el instrumento WHOQOL-BREF, propuesto por la OMS, para obtener la percepción sobre su calidad de vida.

Los autores<sup>6</sup> señalan que ambos grupos tienen similar distribución de la calidad de vida total y presentan concordancia entre el criterio objetivo y subjetivo de calidad de vida baja. En este caso, se observa que ni la sobrecarga de género ni la intensidad del síndrome

climatérico influyen en la calidad de vida. Por último, la posmenopausia se identifica como el factor para menores valores de la calidad de vida total. Como conclusión, la menopausia no afecta como tal a la calidad de vida. El apoyo social y familiar es fundamental en esta etapa, porque favorece la calidad de vida de las mujeres durante la etapa del climaterio

Acosta et al.<sup>7</sup>, en el estudio denominado “Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos” del año 2017, buscan “analizar el efecto independiente de la soledad, edad, presencia o no de enfermedades, presencia o no de pareja y vivir solo o con otros como predictores de depresión y calidad de vida en adultos mayores” (p.180). Para esto, se utiliza una muestra de 489 adultos mayores pertenecientes al sur del estado de Sonora, México, a los cuales se les aplica la escala ESTE para medir soledad, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el WHOQOL-OLD para medir su calidad de vida

La edad promedio de la muestra es de entre los 60 y 97 años, del total, el 63,2 % corresponde al sexo femenino. El 56,9 % indica estar casado o tener una pareja y un 43,1 % menciona estar solteros. El 14,9 % de la población indica que viven solos y un 49,1 % con hijos o con algún familiar. El 13,9 % de ellos no tienen estudios y el 10 % posee estudios universitarios. El 52 % de los adultos mayores presentan, al menos, una enfermedad. Acosta et al.<sup>7</sup> mencionan, según los resultados obtenidos, que las variables que predicen la depresión en los adultos mayores son la soledad social, la crisis existencial, la soledad conyugal y familiar y la presencia o no de enfermedades. También, indican que las variables que predicen la calidad de vida son la agitación y actitud hacia el envejecimiento, la soledad social, conyugal y familiar, la edad y la presencia o no de una pareja.

Gómez et al.<sup>8</sup>, en su estudio del año 2018 llamado “Asociación entre los espacios verdes públicos y la calidad de vida en el municipio de Santa Fe, Argentina”, buscan diagnosticar y analizar la presencia, el total de superficie y la distribución de los espacios verdes públicos del municipio en relación con cuatro áreas determinantes de la calidad de vida. Para su estudio, los autores<sup>8</sup> utilizan el casco urbano del municipio de Santa Fe en la provincia que lleva su mismo nombre, en el centro-este de Argentina. Esta es la capital administrativa y política del país, cuenta con una población de 391 231 habitantes y una superficie de 26 800 ha, por lo que se describe una densidad poblacional de 14,6 hab/ha.

Los resultados del estudio muestran que en el sector urbano del municipio de Santa Fe la disponibilidad de espacios verdes públicos es de 9,2 m<sup>2</sup>/hab, posicionando a la ciudad por encima del umbral considerado aceptable por la OMS. Los autores<sup>8</sup>, finalmente, concluyen que la presencia, extensión y oferta de los espacios verdes públicos en Santa Fe difieren entre las distintas áreas de calidad de vida, donde la mayor disponibilidad de estos espacios se encuentra en lugares con mayor calidad de vida, ya que estos brindan servicios sociales y ambientales a la comunidad urbana que mejoran sus posibilidades.

Vinaccia et al.<sup>9</sup> realizan un estudio en el año 2018 llamado “Relaciones entre calidad de vida y factores sociodemográficos y de salud en adultos mayores colombianos”, con el objetivo de analizar la relación entre calidad de vida y factores sociodemográficos y de salud en una muestra de 150 adultos mayores residentes en la ciudad de Bogotá.

Para la investigación, Vinaccia et al.<sup>9</sup> consideran solamente a adultos mayores de 60 años en adelante. El 54,7 % de la población pertenece al sexo femenino, de las cuales, la mayoría están en estrato socioeconómico colombiano de 1 a 4 (bajo y medio). El 48 % de

los encuestados indican estar casados y el 78,7 % viven con algún familiar, esto contra el 13,3 % que viven solos. Los resultados muestran puntuaciones altas en placer y resiliencia, y bajas en ansiedad, depresión y dolor. El 92.7 % de los participantes tiene riesgo de dependencia de otros para la ejecución de sus funciones. Las personas viudas y casadas obtienen mayores puntuaciones en placer, otros que indican vivir solos, muestran una calidad de vida desfavorable y los que indican que tienen una actividad laboral y reportan mayor placer y autorrealización.

Los adultos mayores pertenecientes al Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales manifiestan menor resiliencia, calidad de vida, autorrealización, control y una mayor percepción de dolor. Con respecto a la ansiedad y la depresión, se observa que ambas se relacionan negativamente con control y resiliencia y con control, autorrealización, calidad de vida y resiliencia respectivamente. Finalmente, los autores<sup>9</sup> concluyen que los adultos mayores refieren mejor calidad de vida en condiciones tales como realizar alguna actividad laboral o académica, contar con una afiliación a un sistema de salud y vivir en compañía.

Reyes et al.<sup>10</sup> desarrollan una revisión bibliográfica sobre “Calidad de vida en la tercera edad desde la Universidad del Adulto Mayor” del año 2018, con el objetivo de valorar el papel de la Cátedra de la Universidad de Guácimo del adulto mayor como vía para favorecer y aumentar la calidad de vida de esta población. Los autores<sup>10</sup> proponen, con base en su revisión, que el estado de salud de un individuo es un proceso dinámico y, para caracterizarlo, se tienen que valorar varios indicadores como las condiciones higiénico-sanitarias del propio entorno, el entorno familiar y el entorno social.

Los autores<sup>10</sup> concluyen que el criterio aceptado por estudiosos e investigadores del campo de la salud sobre el envejecimiento es que este es un proceso que inicia con la vida y es progresivo e indetenible. De la misma manera, no solo está determinado por la edad cronológica, sino también por factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, ecológicos y también acontecimientos históricos y aspectos éticos.

García et al.<sup>11</sup> en el estudio llamado “Beneficios de la actividad física sobre la autoestima y la calidad de vida de personas mayores” del año 2018 busca establecer e investigar la relación existente entre la autoestima y la realización de actividad física en adultos mayores de 65 años. Esto por medio de la aplicación de un cuestionario con aspectos evaluadores de la calidad de vida y la Escala de Autoestima Personal de Rosenberg que mide la percepción subjetiva de autoestima. Para el estudio, se utiliza una muestra de 184 adultos mayores de 65 años de los cuales 92 pertenecen a programas de actividad física y deporte adscritos a diferentes programas de salud y calidad de vida impartidos en centros de día de zonas urbanas y las otras 92 son personas mayores que no realizan ningún tipo de actividad física.

Los resultados del estudio muestran que los adultos mayores que consideran tener una mejor autoestima realizan actividad física de manera frecuente y esto les permite adaptarse de forma más satisfactoria al proceso de envejecimiento. Por último, los autores<sup>11</sup> concluyen que, para potenciar la autonomía del adulto mayor, es necesario que las instituciones de las que forman parte se adapten a las necesidades de estos, adaptando la organización institucional si fuera necesario.

González et al.<sup>12</sup>, en el 2018, realizan un estudio de investigación llamado “Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental” destaca que “el transdiagnóstico surge al constatar la existencia de un número reducido de procesos comunes a muy diversos trastornos”. Por medio de este argumento, se pueden reconsiderar que los cuidados de salud mental incluyen la prevención y promoción de la salud mental. Los autores<sup>12</sup> destacan que esta forma de concebir los problemas mentales se enlaza con la fenomenología y permite fortalecer una visión humanista del cuidado, representando una vuelta a los orígenes de la enfermería de salud mental.

Razo et al.<sup>13</sup>, en el estudio llamado “Construcción de las Representaciones Sociales de la Calidad de Vida en diferentes etapas de la edad adulta” del año 2018, buscan comprender de qué manera los sujetos construyen el concepto calidad de vida a partir de la teoría de las representaciones sociales e identificar si existen diferencias de acuerdo con la etapa de la edad adulta en que se encuentran los participantes. Para la investigación, se consideran 220 personas, de las cuales 57 son adultos jóvenes que se encuentra entre los 18 a 29 años, 57 adultos maduros con edades entre los 29 a 59 años y, finalmente, adultos mayores de 60 años en adelante. Todos son alumnos de la licenciatura en Gerontología de la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec.

Dentro de los resultados los autores<sup>13</sup> destacan que se encuentran 6 elementos comunes en los 3 grupos: salud, familia, bienestar, economía, amor y trabajo. También, concluyen que la calidad de vida se construye a lo largo de la vida, lo cual la convierten en el resultado de la responsabilidad sobre las propias acciones. Con respecto a la representación social de la calidad de vida, esta se sintetiza en las decisiones de los individuos y en el autocuidado de su propia salud.

A nivel nacional, Parra<sup>14</sup>, en su investigación “Tiempo libre y calidad de vida auto percibida de los adultos mayores que asisten a las actividades comunales de Mata Redonda”, realizada en el año 2014, resalta que el 42 % de los adultos mayores estudiados pertenecen al grupo etario de 65 a 70 años, de los cuales el 96 % corresponde a población femenina.

La autora<sup>14</sup> concluye con su investigación que, al ser el género femenino el predominante en los adultos mayores que participan de las actividades brindadas por el centro, este se convierte en un indicador de que las mujeres buscan más la interacción con otras personas y mantener una vida más activa, a diferencia de los hombres, quienes tienden en este caso a aislarse y presentan mayor dificultad a la hora de integrarse a grupos de convivencia.

El 75 % de los adultos mayores indica vivir en casa propia, lo cual genera estabilidad y, por lo tanto, es un factor determinante en el mejoramiento de la calidad de vida. El 71 % de la población comparte vivienda con un miembro de su grupo familiar, esto garantiza el cuidado y el acompañamiento ante eventualidades que alteren su salud física, mental y emocional. El 63 % de los ancianos se benefician mediante un régimen de pensión, ya sea por el estado o como parte de su proceso de jubilación, y a un 33 % de ellos su familia les provee sus de necesidades básicas.

El 96 % de los adultos mayores mencionan sentirse satisfechos con las actividades realizadas en Mata Redonda, lo que refleja una promoción adecuada de la salud física y mental aplicada en esta población, siendo un factor fundamental para mejorar la calidad de vida.

La población revela, con respecto a la realización de actividades de la vida diaria, que un 58 % de los adultos mayores estudiados son completamente independientes y pueden realizar sus actividades sin ayuda de terceros, contra un 42 % que, a diferencia de estos, necesita un soporte parcial o completo para la realización de los quehaceres cotidianos, solo el 25 % logra trasladarse de un lugar a otro sin ayuda y sin dificultad.

Rabaza<sup>15</sup>, en su investigación “Calidad de vida percibida por la persona adulta mayor basado en el apoyo social, Hogar Carlos María Ulloa”, destaca que, de su población total, el 69 % corresponde al género femenino con una muestra de 49 mujeres, de las cuales, el 61 % se encuentra bajo el grupo etario de los 79 a 98 años. El autor<sup>15</sup> concluye que las relaciones sociales que poseen los adultos mayores son las necesarias para sentirse apoyados y a gusto dentro de la comunidad y un beneficio para la salud mental, haciendo más amena su estancia y previniendo la depresión y el aislamiento social.

La calidad de vida percibida por los adultos mayores en esta investigación muestra resultados positivos, ya que el 77 % de la población externa que tienen una buena calidad de vida dentro del hogar, por lo que sienten que su bienestar emocional está en equilibrio, carecen de sentimientos de tristeza, ansiedad e inseguridad, además de que muestran buenas relaciones interpersonales.

Rabaza<sup>15</sup> concluye que el bienestar material está cubierto y se cuenta con todo lo necesario para el aseo personal de cada adulto mayor, además de la vestimenta y la alimentación. La población estudiada expresa que pueden desarrollarse personalmente dentro de la institución, gracias a los cursos y talleres que se les brindan, lo que fomenta la

autorrealización y la independencia. También, a pesar de los problemas o limitaciones físicas, estos toman decisiones propias sobre sus vidas, se sienten incluidos socialmente y manifiestan que el personal vela por el cumplimiento de sus derechos.

Por último, Rabaza<sup>15</sup> destaca que el apoyo social influye de manera considerable sobre la calidad de vida del adulto mayor, encontrándose dentro de las dimensiones de bienestar emocional, relaciones interpersonales e inclusión social. Además, resalta la importancia del rol del profesional en enfermería, el cual se convierte en un actor clave para mejorar la experiencia de bienestar favoreciendo la tranquilidad, la empatía, el respeto y la dignidad en el trato al adulto mayor, potenciando así su calidad de vida.

### **1.1.2 Delimitación del problema**

La presente investigación se desarrolla en el proyecto social “Las Margaritas”, perteneciente a las obras sociales fundadas por la Beata Sor María Romero, ubicadas en la Casa de María Auxiliadora en Barrio Don Bosco, San José Costa Rica. La investigación comprende el III cuatrimestre del 2018.

El proyecto cuenta con una población aproximada de 350 mujeres, en su mayoría jefas de hogares, mayores de edad, con bajo o nulo nivel de escolaridad, bajos recursos económicos, factores de riesgo social y situaciones personales como abuso sexual y violencia intrafamiliar. Las mujeres del proyecto “Las Margaritas” comprenden edades desde los 16 años en adelante, pero, para esta investigación, se consideran únicamente a las mujeres mayores de 18 años. La nacionalidad de la población se compone de mujeres

migrantes, en su mayoría nicaragüenses, y mujeres costarricenses provenientes de precarios ubicados en distintas zonas de riesgo del área metropolitana.

El objetivo principal del proyecto “Las Margaritas” es brindar apoyo económico, social, psicológico, de salud y espiritual a las mujeres que asisten a la institución cada quince días, por lo que se brinda una ayuda alimentaria permanente a 300 familias, sin contar las personas a las que, esporádicamente, también se les brinda ayuda con alimentos. De la misma manera, se les da atención psicológica, seguimiento de casos de riesgo social, guía espiritual y, en casos de enfermedad, son atendidas en el Consultorio Sor María Romero, el cual forma parte de las obras fundadas por la Beata.

### **1.1.3 Justificación**

La presente investigación pretende identificar los determinantes de la salud mental presentes en mujeres pertenecientes al proyecto social “Las Margaritas” de las obras sociales de la Beata Sor María Romero, ubicado en Barrio Don Bosco, San José Costa Rica; relacionado a la calidad de vida de ellas, durante el III cuatrimestre del 2018.

La salud mental es un componente fundamental de la salud, por lo que su déficit provoca un rompimiento de la homeostasis corporal, lo cual afecta todos los ámbitos que componen integralmente a un ser humano. Por esta razón, identificar los determinantes de la salud mental en la población en estudio es de suma importancia por la influencia directa que tienen sobre la calidad de vida de las participantes. Además, ayuda a mejorar la salud mental de la población y a reducir la carga de los trastornos mentales.

La salud mental, desde el ámbito social, debe ser protegida, es por eso por lo que la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021<sup>16</sup> se establece como un conjunto de lineamientos y estrategias dirigidas a las instituciones y sectores del sistema nacional de producción social de la salud, para desarrollar una estrategia nacional. A su vez, esta se fundamenta en diversos enfoques, como derechos humanos, género, diversidad, integración, inclusión social, participación social, desarrollo humano sostenible, evidencia científica y buenas prácticas en salud mental<sup>16</sup>.

La construcción del concepto de salud mental se desarrolla desde un enfoque social, ya que las condiciones de vida de las personas tienen influencia directa sobre el factor salud-enfermedad. Según la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021<sup>16</sup>, la salud se construye también por medio de un proceso histórico-social expresado de maneras distintas en los diferentes grupos sociales, de acuerdo con sus condiciones de vida, género y etnia.

La importancia del análisis y desarrollo del tema en estudio radica, justamente, en los factores anteriormente mencionados. Una vez identificados los determinantes de la salud mental en las mujeres de “Las Margaritas” y la forma en la que estos benefician o afectan la calidad de vida, se pretende brindar un panorama general integral sobre la situación de vida de estas, desarrollando herramientas para promover la salud mental que puedan ser no solo aplicadas a esta población específica, sino a otras poblaciones similares, lo que favorece una vida más sana tanto desde el ámbito mental como físico, lo que, consecuentemente, mejora su calidad de vida.

Esta investigación va más allá de obtener datos estadísticos y resultados sobre las variables a estudiar, pues, además, pretende establecer las bases necesarias para el desarrollo de un programa interdisciplinario de enfermería que promueva la salud mental, que sea de fácil aplicación por parte de las personas encargadas del proyecto y de una comprensión sencilla adaptada a las necesidades de la población. El estilo y condiciones de vida que llevan estas mujeres no se pueden modificar, pero el enfoque de la atención que se les brinda en la Casa de la Virgen se puede mejorar por medio de esta investigación.

### **1.1 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los determinantes de la salud mental relacionados con la calidad de vida de las mujeres beneficiarias del proyecto social “Las Margaritas”, en las Obras de Sor María Romero, en el Barrio Don Bosco San José, Costa Rica, III cuatrimestre, ¿2018?

### **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar los factores de la salud mental relacionados con la calidad de vida presentes en las mujeres beneficiarias del proyecto social “Las Margaritas”, en las Obras de Sor María Romero, en el Barrio Don Bosco San José, Costa Rica, III cuatrimestre, 2018.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

Identificar las características sociodemográficas de las mujeres beneficiarias del proyecto social “Las Margaritas”.

Identificar los determinantes de la salud mental presentes en mujeres beneficiarias del proyecto social “Las Margaritas”.

Valorar la calidad de vida de las mujeres beneficiarias del proyecto social “Las Margaritas”.

## **1.4. Alcances y limitaciones**

### **1.4.1 Alcances de la investigación**

La superiora de las Obras de Sor María Romero considera necesario realizar esta investigación en el total de las mujeres que asisten a los diferentes programas y solicita, formalmente, se realice el estudio en su totalidad, para, de esta forma, contar con una información valiosa para reestructurar y ampliar programas en beneficio de las mujeres.

### **1.4.2 Limitaciones de la investigación**

La investigación no presenta limitaciones.

**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

## **2.1 CONTEXTO TEÓRICO CONCEPTUAL**

En la presente investigación, es importante contemplar los siguientes conceptos:

### **2.1.1 Salud mental**

El concepto salud mental engloba diversos componentes y procesos, por lo que es difícil establecer una definición unánime. La OMS<sup>17</sup> la define de la siguiente forma: “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

La Política Nacional de Salud Mental 2012-2021<sup>16</sup> la define desde cuatro perspectivas distintas. En primer lugar, menciona que es un estado de bienestar psicológico y social total de un individuo en un entorno sociocultural dado, indicativo de estados de ánimo y afectos positivos como el placer, la satisfacción y la comodidad o negativos como la ansiedad, el estado de ánimo depresivo e la insatisfacción. También, es un proceso indicativo de una conducta de afrontamiento, el cual corresponde a una lucha por conseguir la independencia y autonomía, que son aspectos claves para la salud mental.

Esta política menciona que la salud mental puede estar asociada con características personales como el estilo de afrontamiento: “la competencia y la aspiración son características de una persona mentalmente sana, que se muestra interesada por su entorno, participa en actividades motivadoras y busca su propia proyección por medios personalmente significativos”<sup>16</sup>. Finalmente, propone que esta no se conceptualiza solamente como un proceso o variable de resultado, sino también como una variable

independiente y personalizada, refiriéndose a una característica personal que influye en el comportamiento de una persona de maneras distintas según cada individuo.

El Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020<sup>17</sup> postula que la Salud Mental es una parte integral de la salud y el bienestar y resalta el concepto establecido por la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la cual dice que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

La salud mental puede verse afectada por una serie de factores socioeconómicos, los cuales necesitan ser abordados mediante estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación que sean desarrollados por el gobierno, instituciones y actores sociales relacionados con la salud.

### **Determinantes de la salud mental**

La OMS<sup>17</sup> refiere que la salud mental está determinada por factores sociales, psicológicos y biológicos. La Política Nacional de Salud Mental 2012-2021<sup>16</sup> agrega los determinantes ambientales y, por otro lado, los sociales los contempla dentro del ámbito económico y cultural. Asimismo, considera importante incluir los servicios y sistemas de salud.

#### **Determinantes sociales de la salud mental**

Estos constituyen un riesgo potencial para la salud mental del individuo y de las comunidades. La OMS<sup>17</sup> refiere como ejemplos los siguientes: indicadores de pobreza, bajo nivel educativo, cambios sociales rápidos, condiciones de trabajo estresantes,

discriminación de género, exclusión social, modos de vida poco saludables, riesgo de violencia y la violación a los derechos humanos.

El Plan de Acción sobre Salud Mental<sup>17</sup> menciona que los determinantes de la salud mental no incluyen solamente las características individuales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino que también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad.

El Plan de acción sobre Salud Mental de la OMS<sup>17</sup> menciona que, dependiendo del contexto local, algunas personas y grupos sociales son más vulnerables y pueden correr un riesgo mayor de sufrir problemas de salud mental. Dentro de estos grupos, se encuentran los miembros de familias que viven en la pobreza, personas con problemas de salud crónicos, grupos minoritarios, poblaciones indígenas, personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, personas expuestas a conflictos, desastres naturales u otras emergencias humanitarias. Muchos de estos factores de riesgos se presentan en la población en estudio.

Los factores sociales, culturales, psicológicos, económicos, de salud y personales a los cuales se encuentran expuestas “Las Margaritas” tienen un considerable impacto sobre la forma en la que viven. Otros aspectos más específicos que tienen en común esta población son el riesgo social, el estado migratorio, la pobreza, las condiciones de vivienda, el bajo nivel de educación, la dificultad para conseguir alimentos por sí mismas, las patologías de carácter mental y físico ya diagnosticadas y problemáticas que cada una ha experimentado

a lo largo de su vida se establecen en este estudio como la principal problemática que ha marcado las condiciones de vida de estas mujeres.

El censo poblacional realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC)<sup>18</sup> menciona que, con respecto a la condición migratoria, se registra un aumento de la población extranjera que reside habitualmente en el país, alcanzando las 385 899 personas para un 9,0 % del total de la población. La mayoría proviene de Nicaragua, con un total de 300.000 nicaragüenses actualmente en Costa Rica, que representan el 74,5 % total de inmigrantes residentes en el país.

La condición de pobreza en el país, según datos del INEC<sup>18</sup>, mostró que la tasa total de hogares con pobreza en Costa Rica pasó de 21,2 % en el 2010 a 22,4 % en el 2014, centrándose en los cantones rurales o semiurbanos y las regiones económicamente deprimidas. La pobreza se acompaña de una alta incidencia de baja ocupación, por lo que la tasa de desempleo abierto es cuatro veces más alta en los hogares pobres en relación con los no pobres (23,1 % frente a 5,7 %). En el 2012, la tasa de desempleo abierto fue del 7,8 %, dándose una mayor incidencia entre las mujeres, los pobres y las personas jóvenes.

En el tema de la educación, el Censo del 2011<sup>18</sup> registra una tasa de alfabetización del 97,6 %, posicionando a las provincias de San José y Heredia como las más alfabetas del país; sin embargo, el porcentaje restante, correspondiente a la analfabetización, es evidente en regiones con mayor desventaja social.

### **Determinantes sociales, económicos y culturales**

La Política Nacional de Salud Mental<sup>16</sup>, como se menciona anteriormente, contempla dentro de los determinantes sociales de la salud mental a los determinantes económicos y culturales y establece los siguientes: “aspectos culturales, estilos de vida, violencia social, discriminación por diversos motivos, estigma, ingresos económicos, nivel educativo, abuso de drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, conducción peligrosa, empleo, prácticas de sexualidad, prácticas religiosas y la organización social entre otros”.

El Ministerio de Salud<sup>16</sup>, dentro de los determinantes sociales, económicos y culturales, señala que, en el periodo del año 2000 al 2011, se observa una tasa de suicidios que va de 4,7 a 7,3 por cada 100.000 habitantes. Los casos predominan en el grupo de edad de 15 a 49 años. En el 2011, la provincia con mayor tasa de mortalidad por suicidios fue Puntarenas, con 11,7 por 100.000 habitantes, seguida de Guanacaste, con 10,3.

En el año 2011, se registra un total de 437 muertes por homicidios con una tasa de 8,88 por 100.000 habitantes, lo que representa una disminución del 7,02 % total de muertes comparada con el año 2010. El mayor porcentaje se encuentra en edades de 15 a 54 años. La tasa de muertes por accidentes de tránsito en el año 2011 es de 11,39 por cada 100.000 habitantes, lo que corresponde a un 3,09 % del total de muertes. El grupo de edad que presenta más muertes por esta causa es el de los 20 a 44 años.

La violencia intrafamiliar es uno de los problemas más importantes evidenciados en la población femenina costarricense. La mayor incidencia, según el grupo etario, se da en mujeres de 25 a 35 años. En mujeres mayores a los 65 años, la violencia está ligada a

negligencia y abandono. La agresión se da en la mayoría de los casos por parte de los esposos, compañeros, padres y abuelos.

En el tema de la pobreza, la Encuesta de Hogares del 2011 del INEC revela que la pobreza afecta al 21,6 % de los hogares del país, con un 6,4 % en pobreza extrema. La Región Central es la que presenta el porcentaje más bajo de hogares en pobreza, con un 17,7 %. El segundo lugar lo ocupa la Región Pacífico Central, con un 26,6 %. Por otra parte, las regiones Brunca (32,7 %) y Chorotega (31,6 %) son las que muestran el mayor porcentaje de hogares pobres. El porcentaje de jefatura femenina en situación de pobreza es más alto en comparación con los hogares no pobres.

Un informe de la Encuesta Nacional de la Caja Costarricense de Seguro Social en el año 2010 sobre factores de riesgo cardiovascular reporta que un 50,1 % de la población presenta altos niveles de vida sedentaria. Las principales causas de mortalidad en el país son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las de causa externa que tienen, dentro de sus determinantes, al sedentarismo, los malos hábitos alimentarios y el estrés.

### **Determinantes psicológicos de la salud mental**

La OMS señala que estos se encuentran relacionados con aspectos específicos de la personalidad y psicológicos propios de cada individuo que aumenten la vulnerabilidad a desarrollar trastornos mentales, como, por ejemplo, trastornos de la personalidad, bipolaridad, depresión o ansiedad.

El análisis y diagnóstico de la situación de la salud mental, a nivel nacional, requiere utilizar los Análisis de Situación de Salud del país, los cuales son procesos que abarcan

diversos tipos de análisis y permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población. El análisis también se realiza con base en los determinantes de la salud mental: biológicos, ambientales, sociales, económicos y culturales, y de sistemas y servicios de salud<sup>16</sup>.

### **Determinantes biológicos de la salud mental**

La OMS<sup>25</sup> refiere que los determinantes biológicos responden a los trastornos mentales cuyas causas son de carácter biológico como los factores genéticos o los desequilibrios bioquímicos cerebrales.

La Política Nacional de Salud Mental<sup>16</sup> los define de la siguiente forma:

elementos de la salud física y mental que se desarrollan dentro del cuerpo humano como consecuencia de la biología básica y de aspectos orgánicos de la persona como la carga genética, el proceso de envejecimiento, los sistemas internos del organismo y la estructura poblacional.

Los factores epigenéticos se encuentran dentro de los determinantes biológicos y representan la combinación de la influencia del entorno y los hábitos de vida en el código genético. Su alteración es desencadenada por factores ambientales y es mediada por enzimas que podrían ser tratadas con fármacos adecuados.

La Política Nacional de Salud Mental<sup>16</sup> menciona que un ejemplo de alteración en los procesos epigenéticos en el desarrollo y salud de los niños son una mala nutrición materna, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas durante el embarazo, así como el maltrato a la mujer gestante.

Dentro de los determinantes biológicos, se evidencia que los procesos demenciales suelen afectar con frecuencia a las personas adultas mayores y disminuyen su calidad de vida, estableciéndolos como una sobrecarga familiar, debido a la atención que demandan sobre el sistema de salud. A su vez, se observa que los trastornos depresivos en las mujeres suelen ser influenciados por factores externos como la violencia de género.

### **Determinantes ambientales de la salud mental**

La Política Nacional de Salud Mental<sup>16</sup> menciona que estos determinantes se relacionan con el ambiente humano, el cual modifica el estado de salud de las personas, y dentro del cual hay factores como la nutrición y el estrés.

Los procesos ambientales son los encargados de activar los factores epigenéticos anteriormente mencionados, por lo que la Política Nacional de Salud Mental<sup>16</sup> establece que “la epigenética se asemeja a un proceso de interruptores genéticos que encienden y apagan los genes. El ambiente que las personas experimentan puede controlar estos interruptores y causar efectos hereditarios en los seres humanos”.

Los determinantes ambientales evidencian que la vivienda, el ambiente y todos los factores que lo componen e intervienen en él influyen directamente sobre la salud mental de la población. Un ejemplo de esto es la insostenibilidad de la infraestructura vial, la cual genera problemas en el uso del espacio provocando, ruidos, congestionamiento vial y largas esperas, desencadenando ira, hostilidad y estrés en la población. En el año 2010, se registraron 948 508 vehículos en Costa Rica, lo cual representa un 50 % de incremento

neto con respecto al año 2001. Esto según datos analizados por la Política Nacional de Salud Mental<sup>16</sup>.

La cobertura de agua potable es otro de los factores que influyen dentro del determinante ambiental. En esta materia, el país ha mostrado un avance en los últimos años con un aumento de un 87,3 % a 89,5 % entre los años 2009 y 2010. Del total de población cubierta, el 99 % recibe agua intradomiciliaria y el 1 % restante la obtiene de nacientes, pozos o acueductos privados<sup>16</sup>.

La contaminación sónica también es uno de los problemas ambientales que más generan conflictos. Un inventario del 2010 en 31 cantones de la Gran Área Metropolitana determina que el 56 % de las emisiones contaminantes proviene del transporte, el 21 % de la industria y el 23 % de establecimientos comerciales<sup>16</sup>. El ruido se asocia con el estrés y este provoca cambios fisiológicos que afectan los sistemas corporales y mentales.

### **Determinantes de sistemas y servicios de salud**

Con respecto a estos determinantes, la Política Nacional de Salud Mental<sup>16</sup> recalca que se caracterizan, a través del tiempo, por ser médico-centristas, específicamente, biólogos, dejando afuera el enfoque de persona integral, especializado en el tercer nivel de atención y, por ende, el que más consume recursos financieros y humanos.

La debilidad es evidente en los sistemas y servicios de salud, la Política Nacional de Salud Mental<sup>16</sup> menciona lo siguiente:

El acceso de la población con algún grado de morbilidad es limitado a nivel comunitario, que además tiene fallas en los procesos de referencia y contra

referencia; aunado a que no existe un sistema de información que apoye la toma de decisiones oportunas y una óptima planificación de los servicios de atención directa de las personas.

La gran demanda y la pobre capacidad y escaso recurso humano capacitado ni especializado para atender a la población con requerimientos de su salud mental también es evidenciada. Tampoco existen políticas de formación de recurso humano especializado a atender las necesidades actuales y futuras relacionadas a la salud mental.

En cuanto a los determinantes de sistemas y servicios de salud, dentro de la Política Nacional de Salud Mental<sup>16</sup>, se evidencia que el país no cuenta con un modelo que favorezca la participación social de grupos organizados y familiares para la atención y rehabilitación de las personas con afectaciones de su salud mental.

Hay déficit en la implementación estrategias de promoción de la salud mental a nivel comunitario y hay deficiencia en la articulación de la red de proveedores de servicios relacionados con la salud mental. Tampoco hay estudios que reflejen la relación costo/beneficio en las intervenciones de la salud mental, por lo que se desconoce el impacto económico de los trastornos mentales.

### **2.1.2 Calidad de vida**

La OMS<sup>20</sup> establece que la calidad de vida es una percepción del individuo basada en su existencia, la cultura y sistema de valores en el cual se desarrolla en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes personales. A su vez, este concepto se ve

influenciado por la salud física y mental del individuo, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con el entorno.

Ardila<sup>19</sup> señala que la calidad de vida también es considerada una combinación de elementos objetivos y de la evaluación que se le realiza a cada uno de ellos, por lo que la calidad de vida objetiva y la calidad de vida percibida se mantienen en constante interacción. De la misma manera, menciona que la calidad de vida es subjetiva y objetiva a la vez, pues es como una propiedad de la persona más que del ambiente en el cual se mueve.

Ardila<sup>19</sup> construye su propia definición, a partir de diversas definiciones de calidad de vida brindadas por distintos autores, establece lo siguiente:

Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida.

La definición anterior permite analizar y señalar varios aspectos importantes. El primero se refiere a que la calidad de vida es un estado de satisfacción personal que surge como resultado de alcanzar las potencialidades que cada persona posee, por lo que la realización personal y la calidad de vida estarán siempre relacionados estrechamente entre sí.

El segundo punto hace referencia a los aspectos subjetivos. Según concluye Ardila<sup>19</sup>, para contar con una calidad de vida, se necesita sentirse sano, productivo, seguro y ser capaz de expresar las emociones y compartir la intimidad. El tercer aspecto comprende el sentido objetivo de la calidad de la vida, el cual, según el autor<sup>19</sup>, está compuesto por el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente, las relaciones armónicas con la comunidad y la salud objetivamente considerada.

El autor<sup>19</sup> concluye que los principales factores que deben tenerse en cuenta para el estudio de la calidad de vida son los siguientes: bienestar emocional, riqueza y bienestar material, salud, trabajo y otras formas de actividad productiva, relaciones familiares y sociales, seguridad e integración con la comunidad.

### **Evaluación de la calidad de vida**

La OMS<sup>20</sup> destaca que su evaluación se debe basar en una amplia serie de criterios y no en un solo aspecto. Un ejemplo de estos es el dolor, el cual no debe medirse en su intensidad, sino en su impacto sobre la autonomía psicología y vida social y espiritual del individuo. De igual manera sucede en el caso de los ingresos económicos, los cuales no deberán medirse en el monto absoluto o relativo, sino en el grado de satisfacción que estos proporcionan al individuo.

La OMS<sup>20</sup> establece seis esferas con sus respectivas facetas que contemplan de manera integral los aspectos relacionados a la calidad de vida para su respectiva evaluación basada en el grado de satisfacción personal:

**Físico:** comprende el dolor, el malestar, la energía, el cansancio, el sueño y el descanso.

**Psicológico:** en esta se contemplan los sentimientos positivos y negativos, la labor de reflexión, el aprendizaje, la memoria, la concentración, la autoestima y la imagen y apariencia corporales.

**Grado de independencia:** incluye aspectos como la movilidad, las actividades de la vida diaria, la dependencia respecto a medicamentos y tratamientos y la capacidad de trabajo.

**Relaciones sociales:** encierra las relaciones personales, el apoyo social y la actividad sexual.

**Entorno:** engloba la seguridad física, el entorno doméstico, los recursos financieros, la atención sanitaria y social (disponibilidad y calidad), las oportunidades para adquirir información y aptitudes nuevas, las actividades recreativas (participación y oportunidades), el entorno físico (contaminación, ruido, tráfico, clima) y el transporte.

**Espiritual:** comprende la espiritualidad, la religión y las creencias personales.

### **2.1.3 Modelos y teorías**

El modelo de promoción de la salud descrito por Nola Pender se considera aplicable a esta investigación después de una revisión bibliográfica de las diferentes teorizantes de enfermería.

Nola Pender nace el 16 de agosto de 1941 en Michigan, Estados Unidos. En 1962 obtiene su título como enfermera en la Escuela de Enfermería de la Universidad Estatal de Michigan, en donde luego también obtiene el grado de maestría.

Aristizábal et al<sup>21</sup> menciona que el modelo de promoción de la salud de Pender está inspirado en la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather. El modelo expone los aspectos de mayor importancia que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, así como de sus actitudes y motivaciones hacia la promoción de su propia salud.

El modelo propuesto por Nola está constituido por 3 componentes esenciales que se encuentran directamente relacionados entre sí: las características y experiencias individuales; las cogniciones y afectos relativos a una conducta específica y, por último, el resultado conductual<sup>21</sup>. Este modelo es aplicado al enfoque preventivo de la investigación con Las Margaritas.

### **Características y experiencias individuales**

Este componente abarca dos conceptos: la conducta previa relacionada y los factores personales. Según Aristizábal et al<sup>21</sup>, la conducta previa relacionada hace referencia a las experiencias vividas anteriormente que pueden desarrollar efectos directos o indirectos en la probabilidad de compromiso hacia conductas de promoción de la salud en el individuo. Los factores personales por su lado se categorizan como biológicos, psicológicos y socioculturales y son predictivos de una cierta conducta.

En el caso de Las Margaritas, tanto la conducta previa relacionada como los factores personales de cada una de las mujeres están relacionados con la manera en que perciben su salud física y mental en la actualidad, así mismo con las acciones que toman para ejercer su autocuidado y promover su salud. Un ejemplo de esto es la educación e información que han recibido a lo largo de sus vidas sobre la salud femenina que incluye la prevención del cáncer de mama por medio del autoexamen mensual. La mayoría de las mujeres no saben cómo ni cuándo realizarse esta prueba.

### **Cogniciones y afectos relativos a una conducta específica**

Los autores<sup>21</sup> señalan que las cogniciones y afectos relativos a una conducta específica comprenden 6 conceptos fundamentales, los cuales se establecen como el eje central del modelo de Pender y se relacionan con los conocimientos, afectos, sentimientos, emociones y creencias personales del individuo. Estos son descritos a continuación:

**Beneficios percibidos por la acción:** son los resultados positivos anticipados que se producen como expresión de la conducta de salud. Estos se verán reflejados a mediano o largo plazo una vez que se lleven a cabo las acciones para lograrlos.

En el caso de Las Margaritas es fundamental que se establezcan metas a corto plazo fáciles dirigidas a mejorar algún aspecto del autocuidado, según las necesidades personales de cada una, para así ir observando resultados positivos de manera progresiva. Estos resultados también servirán como motivación para que continúen con las acciones

dirigidas a promover su salud y se establezcan nuevos objetivos enfocados a reforzar los esfuerzos ya adquiridos o mejorar otros aspectos de la salud.

**Barreras percibidas para la acción:** corresponden a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real hacia la promoción de su propia salud.

Las Margaritas pueden presentar varios obstáculos que entorpecen el desarrollo de las acciones enfocadas a la promoción de la salud como la edad avanzada, el desempleo, una economía disminuida, la falta de apoyo económico y emocional, la baja autoestima e incluso el padecimiento de enfermedades.

**Auto eficacia percibida:** este es uno de los conceptos más relevantes dentro del modelo ya que representa la percepción de competencia de una mismo para ejecutar una conducta específica. A mayor auto eficacia y su auto percepción por el individuo, mayor es a probabilidad de que haya un compromiso de acción y actuación real de la conducta enfocada la promoción de la salud.

Este concepto es aplicado a Las Margaritas desde el empoderamiento de cada una y el fortalecimiento de la autoestima, para que se sientan capaces de aceptar nuevos retos enfocados en la mejora de su salud mental y física, viéndose reflejado en una mejora de la calidad de vida.

**Afecto relacionado con el comportamiento:** hace alusión a las emociones o reacciones directamente relacionadas con los pensamientos positivos o negativos, favorables o

desfavorables hacia una conducta del individuo enfocada a la promoción de su propia salud.

En el caso de Las Margaritas es fundamental que el profesional de enfermería brinde un ambiente de confianza, empatía y respeto en el cual las mujeres puedan expresar de manera libre sus inquietudes. La enfermera debe proyectarse como un medio confiable y seguro de promoción de la salud hacia las necesidades de la población, de manera que favorezca una experiencia positiva hacia el autocuidado.

**Influencias interpersonales:** este hace referencia a que la probabilidad de que un individuo se comprometa a adoptar conductas de promoción de salud es más alta cuando los individuos importantes para esta persona esperan que se den cambios relacionados a la salud e incluso ofrecen ayuda y apoyo para que el individuo pueda llevarlas a cabo.

El apoyo económico, espiritual y emocional que se les brinda a las mujeres beneficiarias del proyecto social Las Margaritas constituye un pilar para que estas sigan encaminadas a mejorar cada día sus situaciones personales de salud, esto sin tomar en cuenta si reciben el apoyo de algún ser querido fuera del proyecto.

**Influencias situacionales:** estas se desarrollan en el entorno del individuo y pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de la salud.

## **Resultado conductual**

Aristizábal et al<sup>21</sup> refiere que los conceptos anteriormente mencionados influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, constituyendo el precedente para el resultado final deseado que es la conducta promotora de la salud. Este compromiso se puede ver influenciado por las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas. Las demandas se establecen como un aspecto de bajo control por parte del individuo ya que existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia<sup>21</sup>. Las preferencias personales por otro lado se establecen como un aspecto de alto control por parte del individuo sobre las acciones dirigidas a elegir algo.

**CAPÍTULO III**  
**MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo, el cual, según Hernández<sup>22</sup>, usa la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico para así lograr establecer patrones de comportamiento y comprobar teorías.

### **3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación es de tipo descriptiva, esta, según Hernández<sup>22</sup>, busca especificar las características importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier fenómeno que sea sometido a análisis. También, miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a estudiar. De la misma manera, la investigación es de tipo correlacional, la cual, según el mismo autor<sup>22</sup>, busca establecer relaciones entre las variables del estudio o determinar las causas y los efectos. En este caso en específico, se busca la relación entre las variables determinantes de la salud mental y la calidad de vida en las mujeres que asisten al grupo “Las Margaritas”.

### **3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO**

La investigación se realiza con las mujeres que pertenecen al proyecto social “Las Margaritas”, el cual es parte de las obras sociales de la Beata Sor María Romero, ubicado en una zona urbana del área metropolitana en Barrio Don Bosco, en la provincia de San José, Costa Rica. El lugar alberga las obras sociales fundadas también por la Beata las cuales incluyen: el Consultorio María Auxiliadora, el Museo Sor María Romero, el Centro

Educativo Sor María Romero (CESMAR), el Instituto Sor María Romero (ISMAR), el Centro de Capacitación para la Mujer María Mazzarello (CECMM), la Guardería Ángeles Custodios y el Hogar Sor María Romero.

### **3.3.1 Población**

La población de mujeres que asisten al proyecto social “Las Margaritas” está conformada por 350 mujeres, en su mayoría mayores de edad, las cuales viven en condiciones de riesgo social y pobreza.

### **3.3.2 Muestra**

La muestra es de tipo no probabilística, ya que las personas que participan son seleccionadas bajo determinados criterios de investigación. El cálculo de la muestra se realiza mediante la fórmula y los siguientes parámetros: población total de 350 mujeres, factor de confiabilidad de 1,96, correspondiendo a un 95 % de confianza, una desviación estándar máxima esperada de 0,5 y un margen de error permisible establecido por el investigador en un máximo del 5 %.

El cálculo de la muestra inicial, según la población del proyecto social “Las Margaritas”, da como resultado una muestra de 184 mujeres. Por diferentes factores que intervienen con los criterios de inclusión y exclusión, solamente participan 161 mujeres en la investigación.

### 3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

**Tabla N° 1.**

Criterios de inclusión y exclusión de las mujeres pertenecientes al proyecto social “Las Margaritas” Obras de Sor María Romero, Barrio Don Bosco, San José, Costa Rica. II cuatrimestre 2018.

<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>
Mujeres mayores de edad que asisten al proyecto social “Las Margaritas”	Mujeres que forman parte del personal administrativo del proyecto “Las Margaritas”
Mujeres alfabetas.	

**Fuente:** elaboración propia, 2018.

## 3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

### 3.4.1 Validez del cuestionario

El instrumento para la recolección de los datos es elaborado por la autora de la presente investigación y cuenta con 43 preguntas relacionadas con los determinantes de la salud mental y la calidad de vida. Estas interrogantes responden a los objetivos de la investigación. El cuestionario se les aplica a 161 mujeres pertenecientes al proyecto social “Las Margaritas”.

Una vez concluido el cuestionario, se procede a su valoración por parte del Lic. Roger Bonilla, estadista de la Universidad Hispanoamericana. El alfa de Cronbach mide la consistencia del instrumento aplicado por medio de la valoración de un núcleo de preguntas, dando como resultado una validez y confiabilidad del 91 %, según el anexo N° 9.

### **3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El diseño de la investigación es de tipo transversal, el cual, según Hernández<sup>22</sup>, corresponde a un estudio de tipo observacional y descriptivo que mide y determina una relación entre una causa y un efecto en un solo momento específico. También, es de tipo no experimental, ya que no se da ninguna alteración en las variables, basándose en la observación del fenómeno en su forma natural.

### 3.6 OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Identificar las características sociodemográficas de las mujeres beneficiarias del proyecto social “Las Margaritas”.	Características sociodemográficas de las mujeres beneficiarias del proyecto social “Las Margaritas”.	Las características sociodemográficas corresponden a un conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales, las cuales pueden ser medibles y que están presentes en la población en estudio como la edad, nacionalidad, lugar de residencia, estado civil, nivel de escolaridad,	Para la presente investigación, se consideran las siguientes características sociodemográficas: edad, nacionalidad, lugar de residencia, estado civil, nivel de escolaridad, condición laboral, ocupación y religión.	Edad Nacionalidad Lugar de residencia Estado civil Hijos Nivel de escolaridad Condición	Años cumplidos. País de nacimiento Dirección exacta. Soltera, casada, divorciada, viuda, unión libre. Número de hijos. Estudios realizados. Condición laboral	Pregunta 1. Pregunta 2. Pregunta 3. Pregunta 4. Pregunta 5. Pregunta 6. Pregunta 7. Pregunta 8. Pregunta 43.



			mentales cuyas causas son de carácter biológico, factores genéticos y personales. <u>Ambientales:</u> nutrición. <u>Sistemas y servicios de salud:</u> Acceso y uso de los servicios de salud	Ambientales Sistemas y servicios de salud	Factores genéticos Factores personales Nutrición Acceso y uso de servicios de salud	Pregunta 26. Pregunta 27.
--	--	--	---	--	--	------------------------------

<p>Valorar la calidad de vida en las mujeres beneficiarias del proyecto social “Las Margaritas”.</p>	<p>Calidad de vida presente en mujeres beneficiarias del proyecto social Las Margaritas</p>	<p>Es una percepción del individuo basada en su existencia, la cultura y sistema de valores en el cual se desarrolla en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes personales.</p>	<p>Para la presente investigación se consideran los siguientes ámbitos:  <u>Físico:</u> energía y cansancio, sueño y descanso.  <u>Psicológico:</u> concentración y autoestima e imagen.  <u>Relaciones sociales:</u> actividad sexual.  <u>Entorno:</u> actividades recreativas.  <u>Espiritual:</u> espiritualidad.</p>	<p>Física          Psicológico       Relaciones sociales    Entorno  Espiritual</p>	<p>Energía y cansancio Sueño y descanso    Concentración Autoestima e imagen    Actividad sexual    Actividades recreativas Espiritualidad</p>	<p>Pregunta 28. Pregunta 29. Pregunta 30. Pregunta 31. Pregunta 32. Pregunta 33. Pregunta 34. Pregunta 35. Pregunta 36. Pregunta 37. Pregunta 38. Pregunta 39. Pregunta 40. Pregunta 41. Pregunta 42.</p>
--	---	--	---	---	--	---

### 3.7 PLAN PILOTO

El Plan Piloto se realiza con 20 mujeres mayores de 18 años pertenecientes al grupo de computación básica del Centro de Capacitación para la Mujer María Mazzarello (CECAMMM). Este centro forma parte de las obras sociales fundadas por la Beata Sor María Romero y se encuentra ubicado en el Colegio María Auxiliadora en Barrio Don Bosco, San José, Costa Rica.

Los problemas encontrados y las soluciones brindadas son descritos a continuación para su aplicación a la muestra de la investigación.

**Preguntas 11 y 12:** algunas mujeres expresan, de manera oral, durante la aplicación del cuestionario, que nunca han experimentado ningún tipo de discriminación o violencia, por lo que no saben cuál opción marcar. Como solución a este problema, al instrumento a aplicar en la investigación se le añade la opción de “No he experimentado ningún tipo de discriminación”. Lo mismo con la pregunta 11, pues se agrega “No he sufrido ningún tipo de violencia” en la pregunta 12, respectivamente.

**Pregunta 13:** durante la aplicación del cuestionario, algunas mujeres manifiestan que no reciben ningún ingreso y dejan la pregunta sin respuesta. Esto se soluciona agregando la opción de “No recibo ingresos”.

**Pregunta 22:** durante la tabulación de los datos recogidos en esta pregunta, se observa que la mayoría de las mujeres participantes solo marcan la opción de SÍ cuando padecen alguno de los síntomas planteados en la tabla, obviando la opción de NO. Como solución,

se eliminan ambas opciones, dejando únicamente un espacio para que marquen el síntoma que padecen, si es el caso.

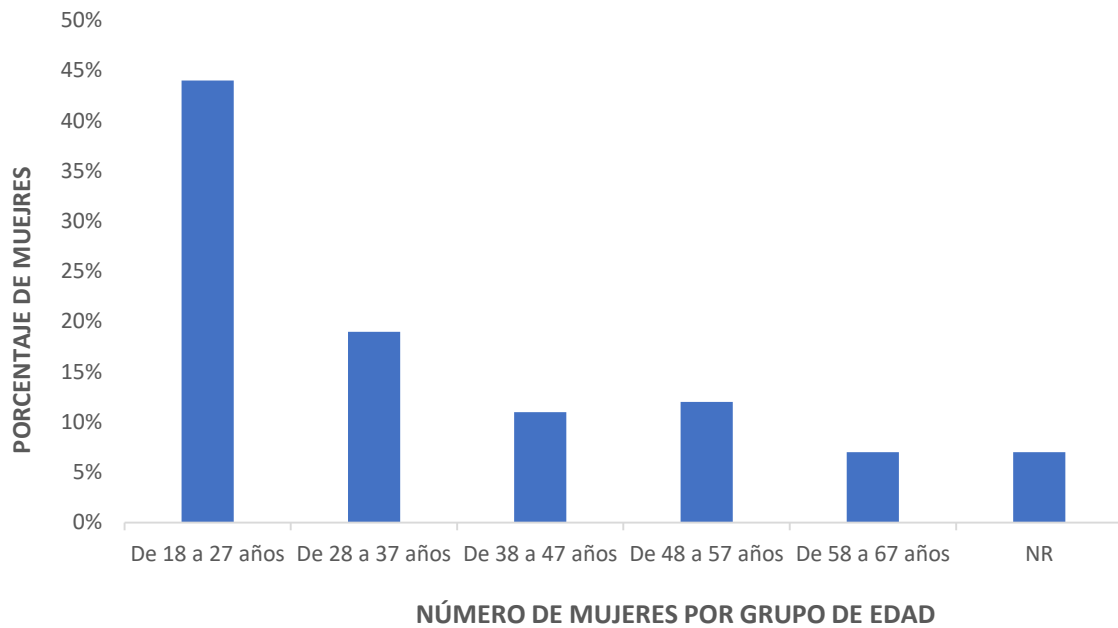
**Pregunta 24:** cuando alguna de las mujeres no padece ninguna de las enfermedades planteadas en la pregunta, la dejan en blanco. Además expresan, de manera oral, que el instrumento no cuenta con la opción “No padezco ninguna enfermedad”. A este problema se le da solución agregando la opción de “Ninguna”.

**Pregunta 29:** durante la aplicación del cuestionario, varias participantes expusieron, de manera oral, tener dudas sobre esta pregunta. A la hora de la tabulación, se observa que un gran porcentaje de ellas no marcan todas las casillas, como se indica en la instrucción. Por esta razón, se modifica la pregunta, de modo que solo deben marcar la cantidad de horas que duermen por la noche y no la frecuencia.

Los problemas encontrados durante la tabulación de los datos son que, en varias preguntas (aparte de las ya descritas), las respuestas no son contestadas, las dejan en blanco. También, algunas de las mujeres se niegan a participar en la aplicación del plan piloto y otras son analfabetas o presentan problemas muy severos de la vista, por lo que la aplicación del cuestionario se realiza de forma oral, estilo entrevista.

**CAPÍTULO IV**  
**PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

## 4.1 GENERALIDADES



*Figura N°1 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según edad. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*

Un 44 % (n: 71) de las mujeres participantes se encuentran dentro del grupo etario de los 18 a 37 años.



Figura N°2 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según nacionalidad. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

El 47 % (n: 76) de las mujeres participantes son de nacionalidad costarricense y el 37 % (n: 60), nicaragüenses.

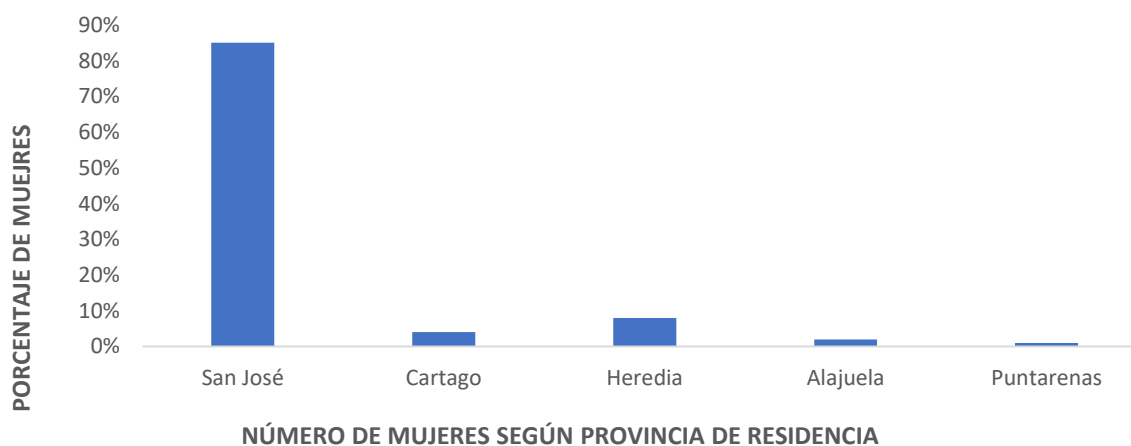


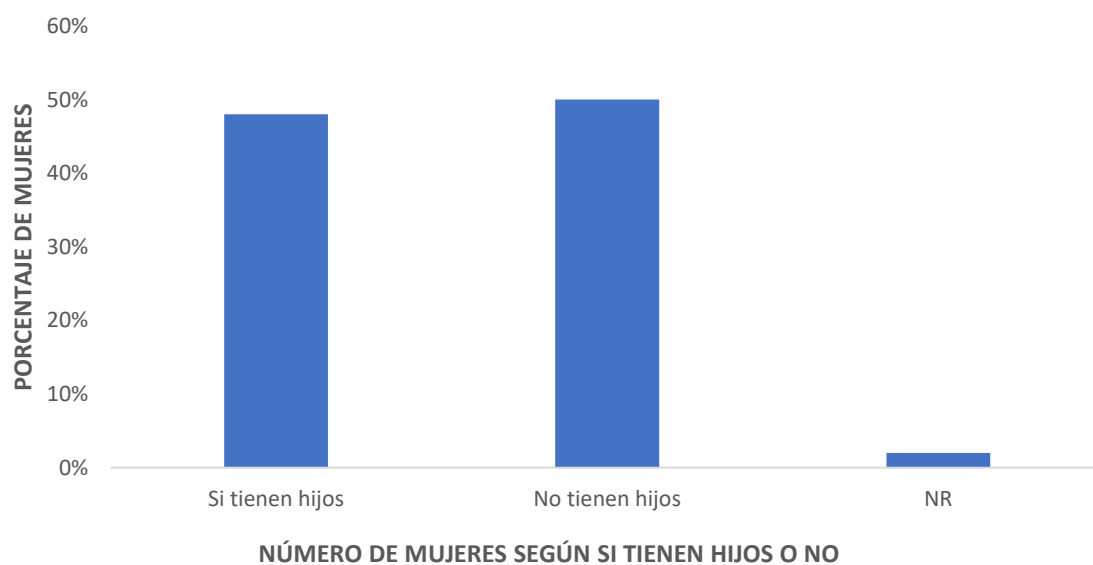
Figura N°3 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según provincia de residencia. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

El 85 % (n: 137) de las mujeres participantes viven actualmente en la provincia de San José y un 15 % (n: 24) viven repartidas entre las provincias de Cartago, Heredia, Alajuela y Puntarenas.



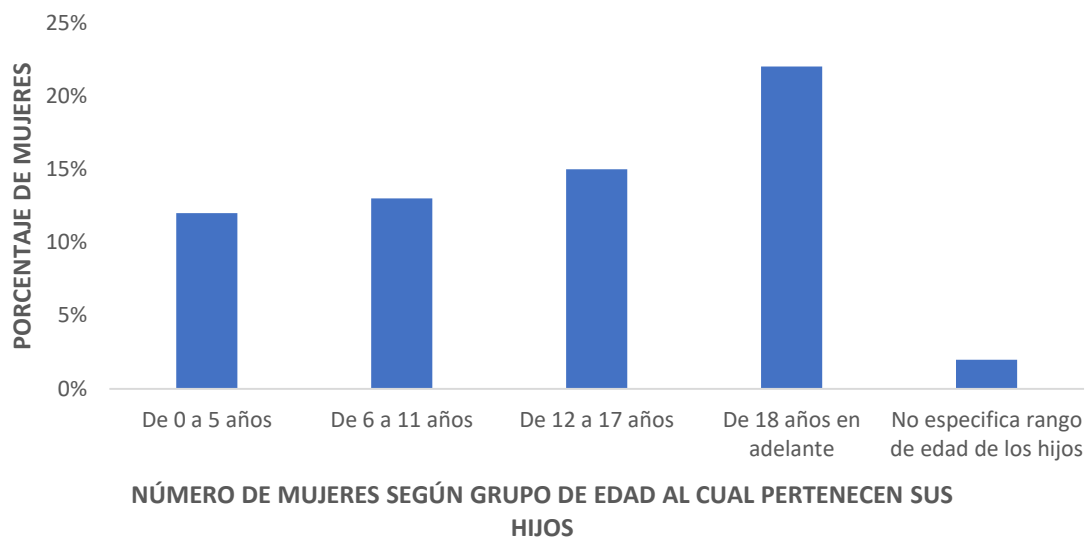
*Figura N°4 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según estado civil. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*

Un 64 % (n: 103) de las mujeres participantes son solteras.



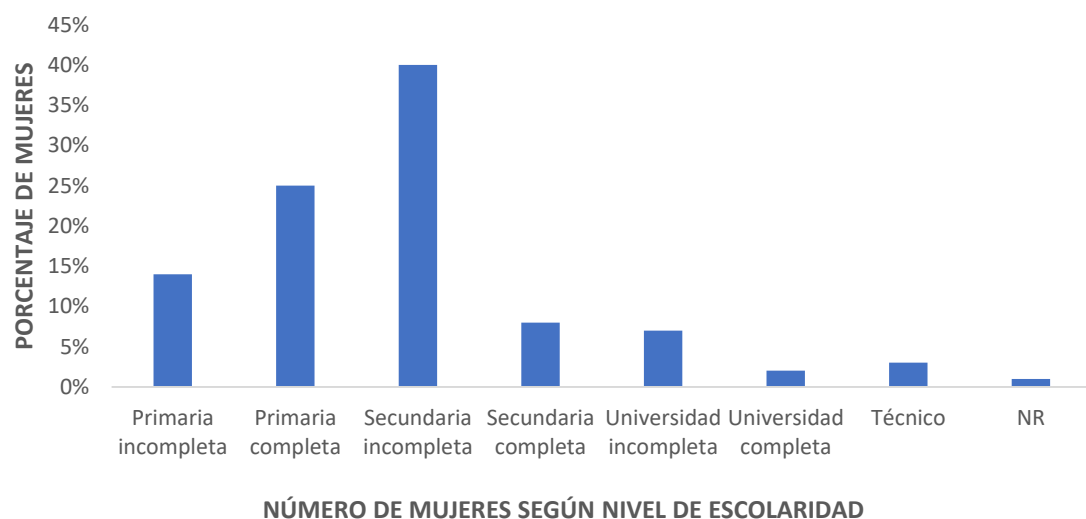
*Figura N°5 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según si tienen hijos o no. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*

El 48 % (n: 77) de las mujeres participantes tienen hijos.



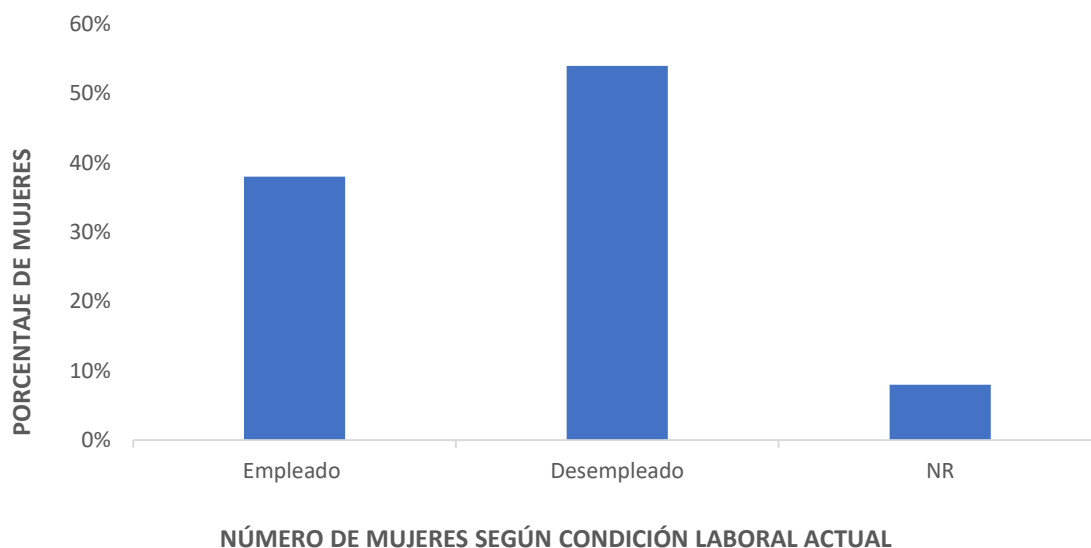
*Figura N°6 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según el grupo de edad al cual pertenecen sus hijos. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*

Un 22 % (n: 35) de las mujeres participantes tienen hijos de 18 años en adelante.



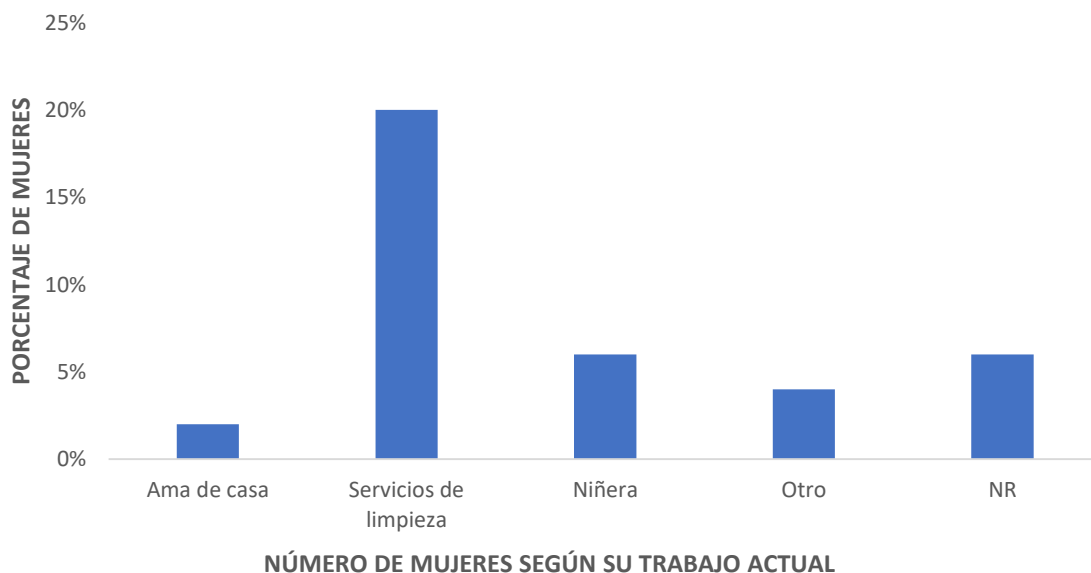
*Figura N°7 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según nivel de escolaridad. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*

El 60 % (n: 97) de las mujeres participantes tienen un nivel de escolaridad mayor a la primaria completa.



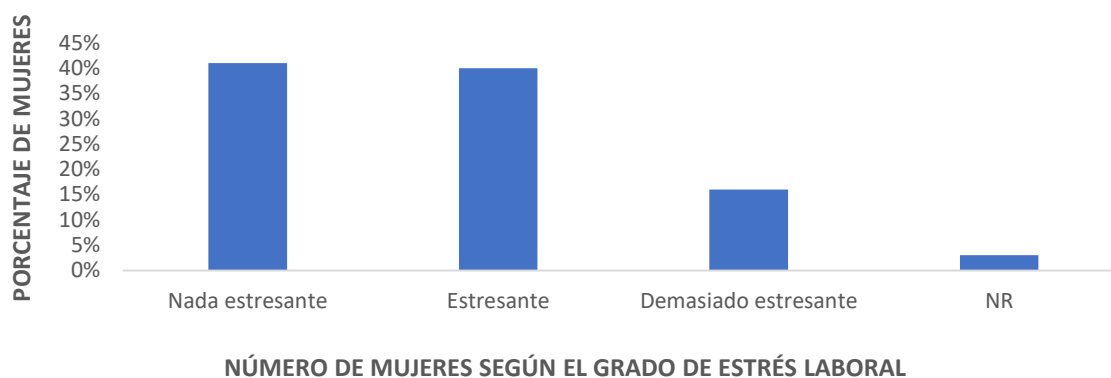
*Figura N°8 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según la condición laboral actual. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*

Un 54 % (n: 87) de las mujeres participantes están desempleadas.



*Figura N°9 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según su trabajo actual. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*

Del 38 % (n: 61) de las mujeres que trabajan, el 20 % (n: 33) lo hace en servicios de limpieza.



*Figura N°10 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según el grado de estrés laboral. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*

Un 56 % (n: 34) de las mujeres consideran de estresante a demasiado estresante su trabajo.

*Tabla N°2*

*Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según el tipo de discriminación que han experimentado. “Las Margaritas”, 2018.*

<b>Tipo de discriminación</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Porcentaje</b>
Por ser mujer	20	12 %
Por nacionalidad	28	17 %
Por credo religioso	14	9 %
Por orientación sexual	4	2 %
Por ingresos económicos	20	12 %
Por apariencia personal	33	20 %
Otro tipo de discriminación	4	2 %
No he sufrido de discriminación	74	46 %
NR	12	7 %

*Fuente: elaboración propia, 2018.*

El 74 % (n: 123) de las mujeres participantes sufren algún tipo de discriminación, de estas, el 20 % (n: 33) sufre discriminación por apariencia personal y un 17 % (n: 28), por nacionalidad.

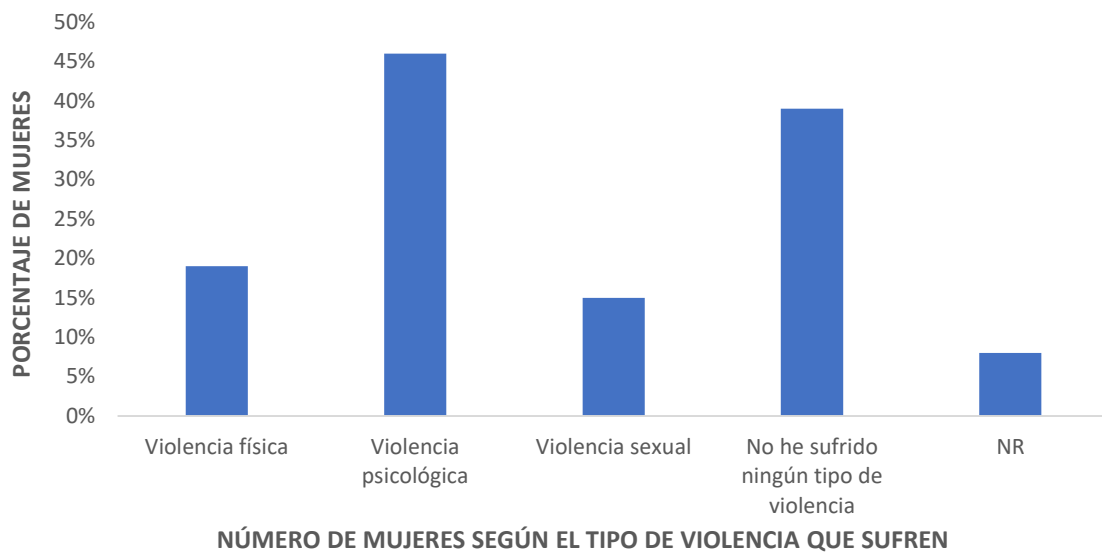


Figura N°11 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según el tipo de violencia que sufren. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

El 80 % (n: 129) de las mujeres sufren algún tipo de violencia, de ellas, un 46 % (n: 74) violencia psicológica.

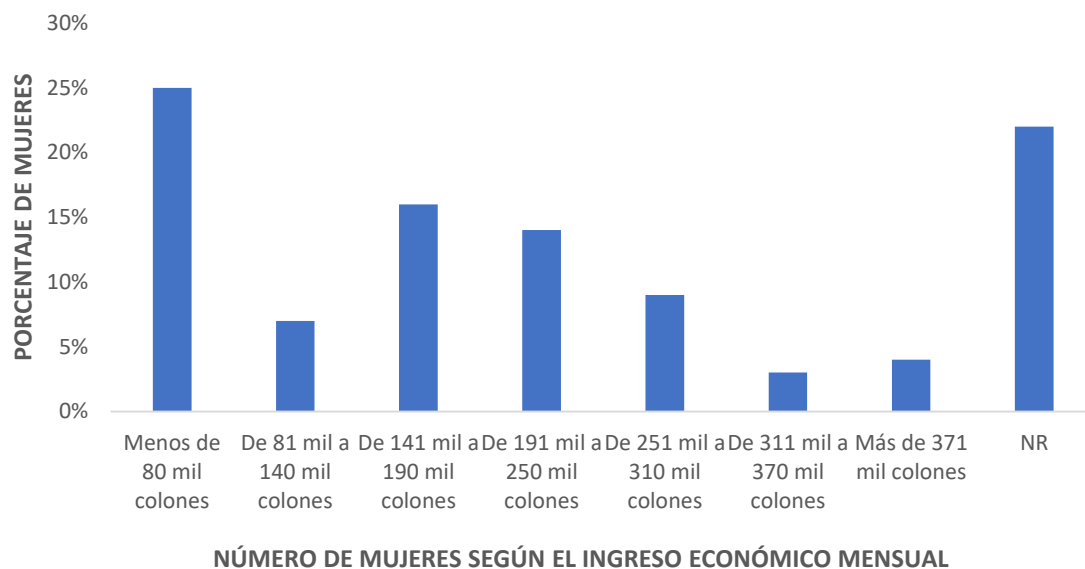
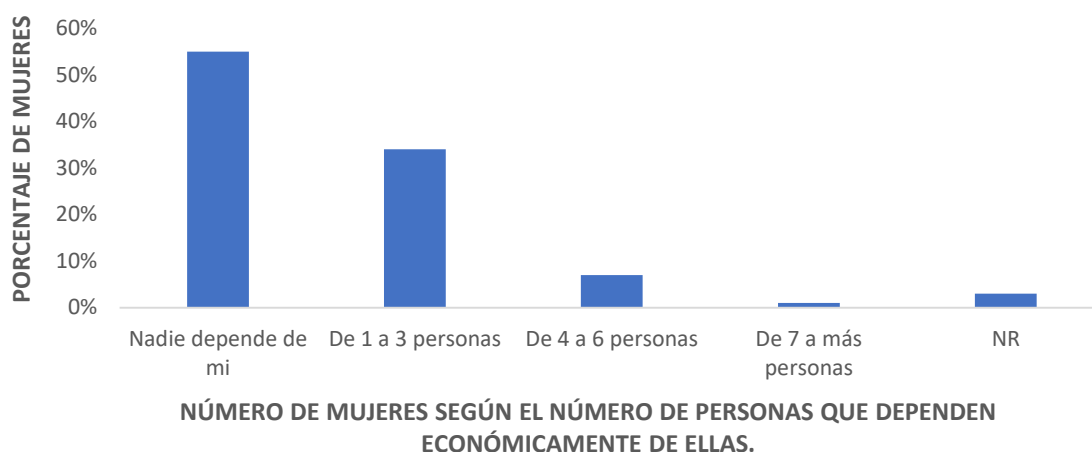


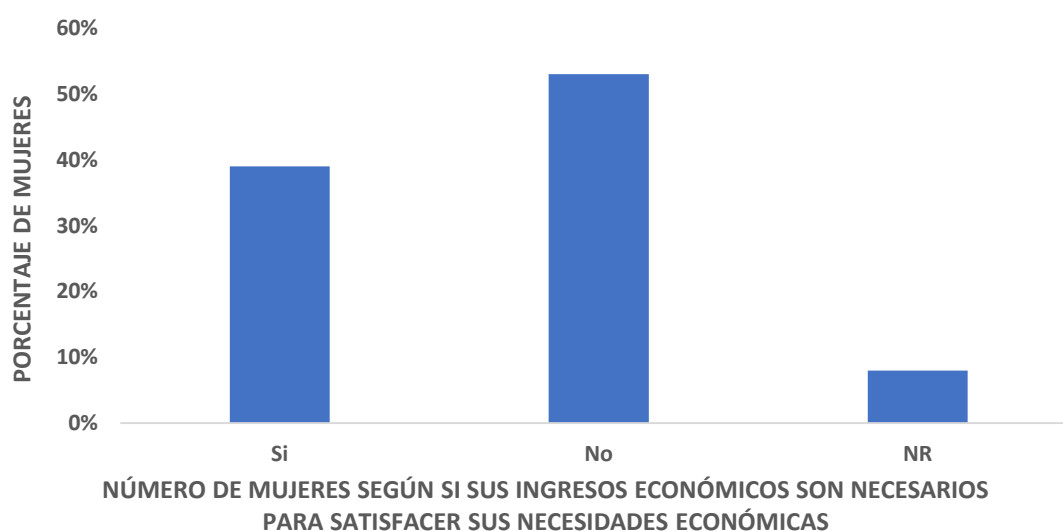
Figura N°12 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según el ingreso económico mensual. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

Un 46 % (n: 74) de las mujeres participantes reciben un ingreso mayor a 141.000 colones mensuales.



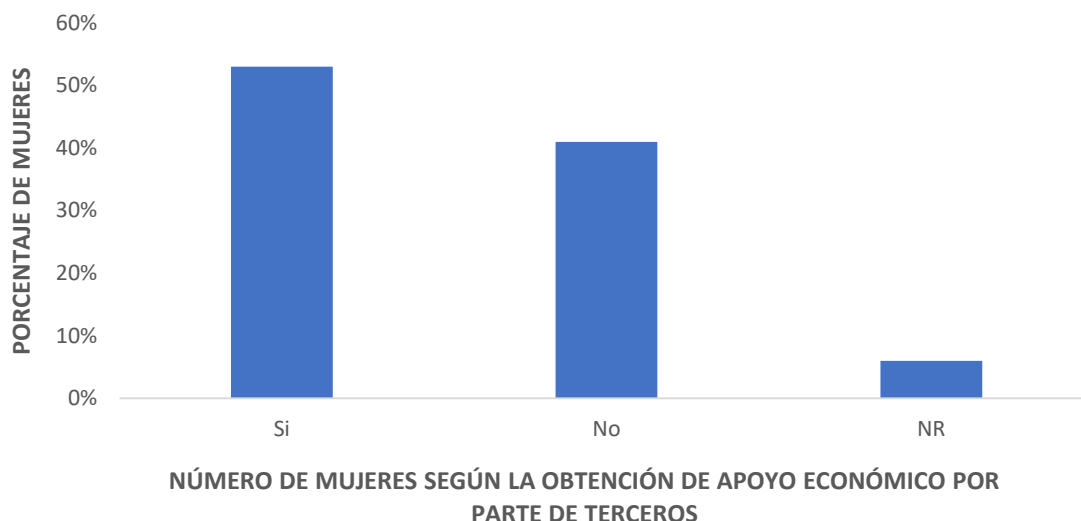
*Figura N°13 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según el número de personas que dependen económicamente de ellas. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*

El 42 % (n: 68) de las mujeres participantes tienen a personas que dependen de ellas de manera económica.



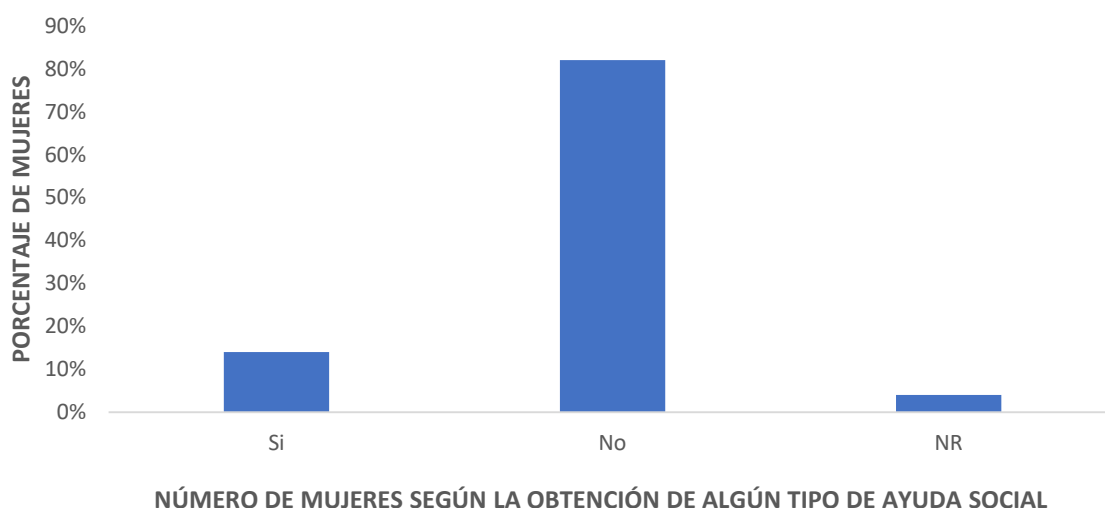
*Figura N°14 Distribución porcentual del total de mujeres participantes según si sus ingresos económicos son necesarios para satisfacer sus necesidades económicas y familiares. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*

El 53 % (n: 86) de las mujeres participantes consideran que los ingresos económicos que reciben no son suficientes para satisfacer las necesidades básicas personales y familiares.



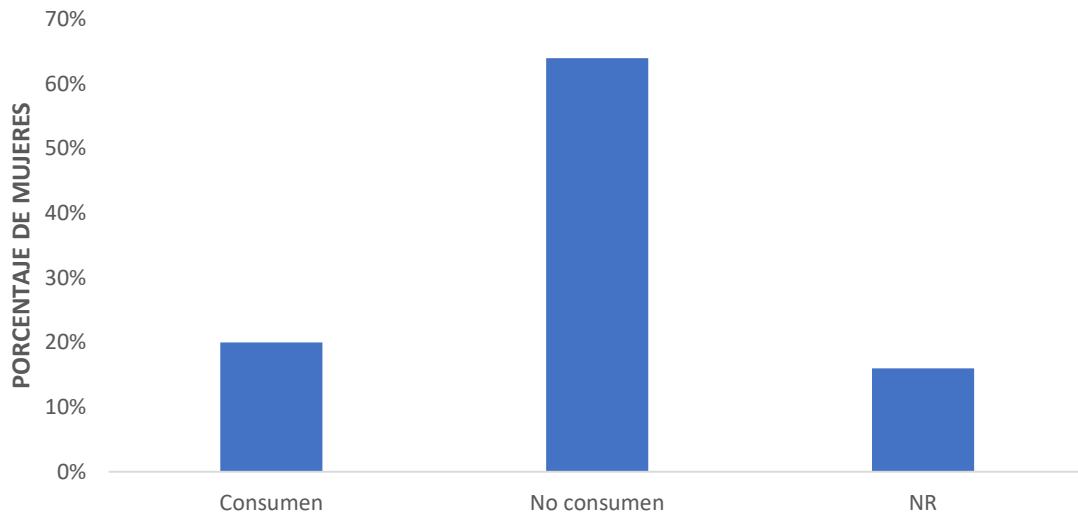
*Figura N°15 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según la obtención de apoyo económico por parte de terceros. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018*

Un 53 % (n: 85) de las mujeres participantes no cuentan con el apoyo económico de un tercero.



*Figura N°16 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según la obtención de algún tipo de ayuda social. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*

El 82 % (n: 132) de las mujeres participantes no recibe ningún tipo de ayuda social.



**NÚMERO DE MUJERES SEGÚN SI CONSUMEN ALGUNA DROGA O PSICOACTIVO**

*Figura N°17 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según si consumen alguna droga o psicoactivo. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*

El 64 % (n: 103) de las mujeres participantes no consumen ninguna droga ni psicoactivo.



**NÚMERO DE MUJERES SEGÚN LA NECESIDAD DEL CONSUMO DE DROGAS O PSICOACTIVOS PARA SENTIRSE BIEN CONSIGO MISMAS**

*Figura N°18 Distribución porcentual del total de mujeres participantes según la necesidad del consumo de drogas o psicoactivos para sentirse bien consigo mismas. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*

Un 75 % (n: 120) de las mujeres participantes no consideran necesario el consumo de drogas o psicoactivos para sentirse bien consigo mismas.

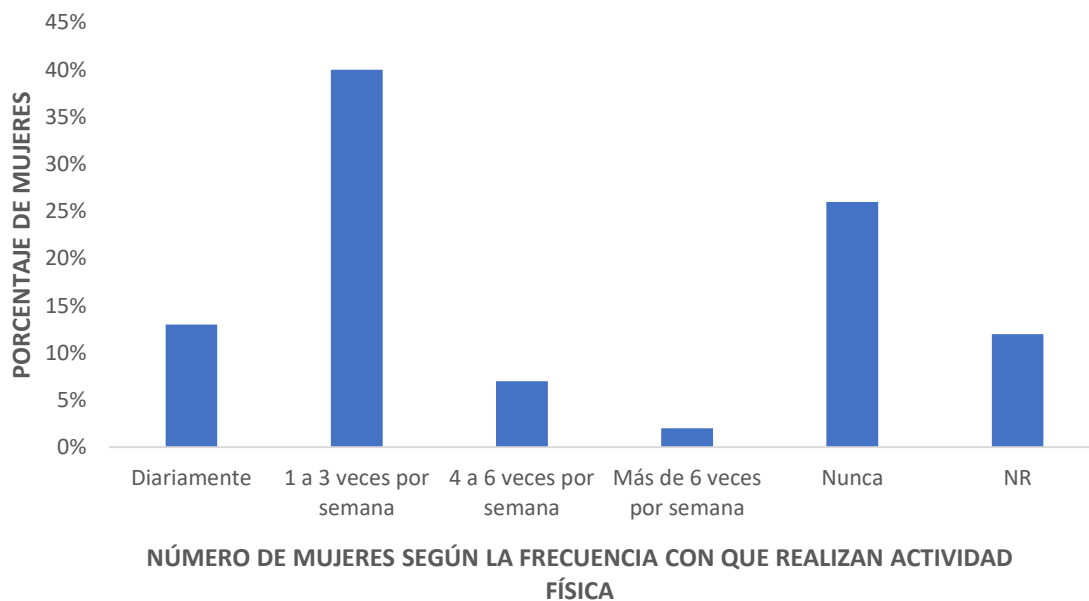


Figura N°19 Distribución porcentual del total de mujeres participantes según la frecuencia con que realizan actividad física. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

Un 40 % (n: 64) de las mujeres realizan actividad física de 1 a 3 veces por semana. Por otra parte un 26 % (n: 43) de ellas nunca realizan actividad física.

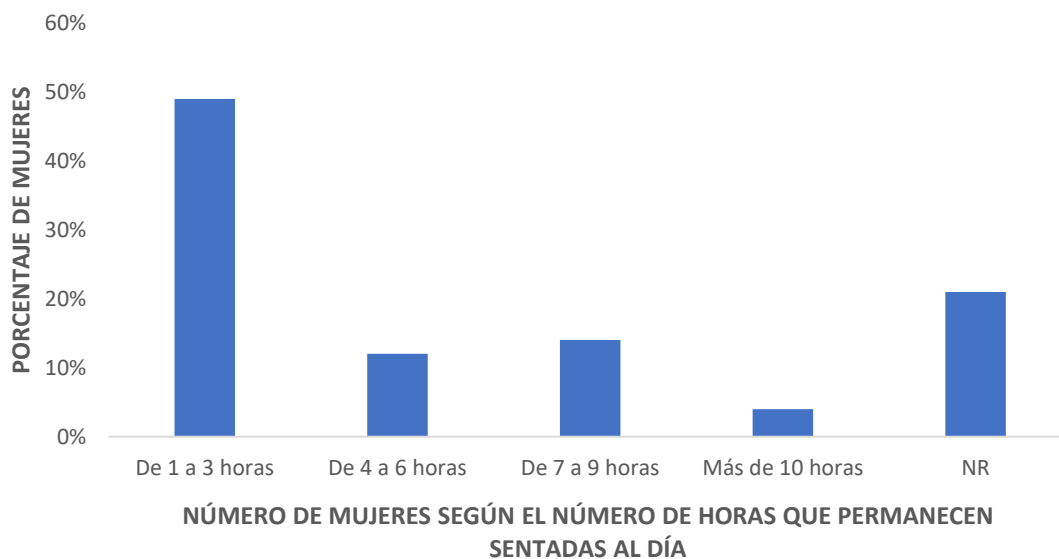


Figura N°20 Distribución porcentual del total de mujeres participantes según el número de horas que permanecen sentadas al día. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

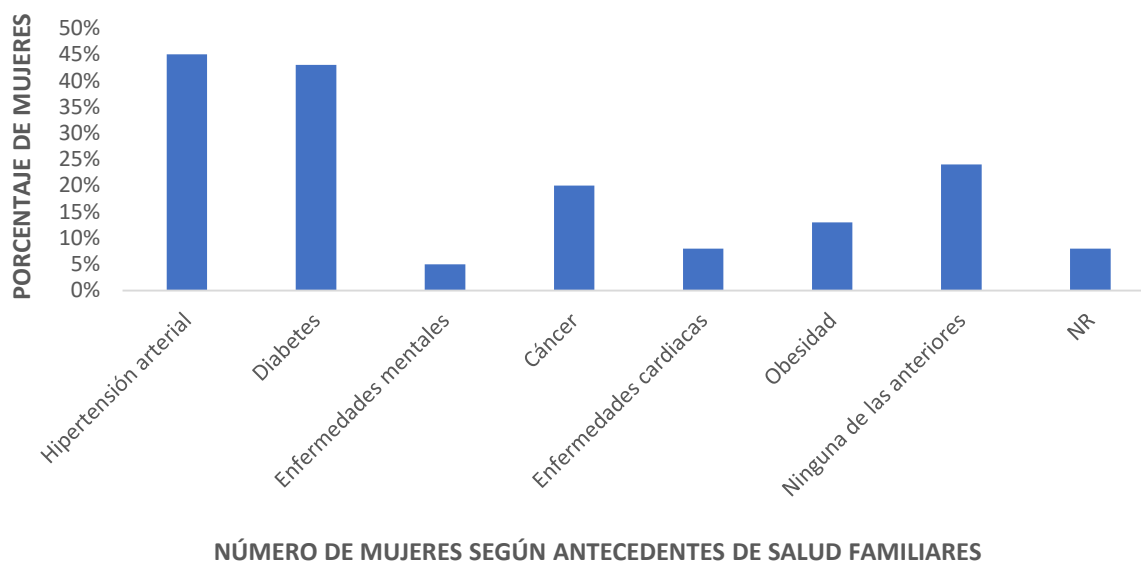
El 49 % (n: 78) de las mujeres participantes permanecen sentadas de 1 a 3 horas al día.

*Tabla N°3*  
*Condiciones personales presentes en mujeres participantes de la investigación,*  
*Las Margaritas, 2018.*

<b>Condición</b>	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>
Pensamientos obsesivos	59	37 %
Sentimientos de tristeza	82	53 %
Falta de interés	46	29 %
Sensación de nerviosismo	45	28 %
Miedos desmedidos	23	14 %
Estado de ánimo decaído	81	50 %
Revivir experiencias traumáticas	52	32 %
Cansancio excesivo	61	38 %
Comer en exceso	41	25 %
Dejar de comer	29	18 %
Vomitir la comida	11	7 %

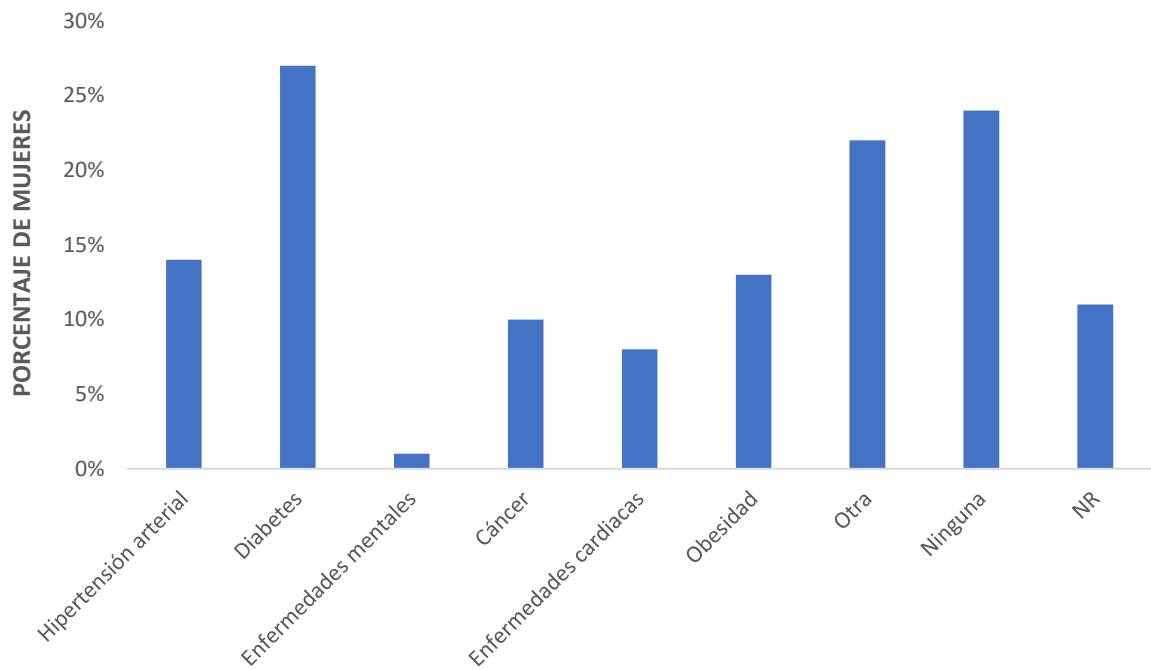
*Fuente: elaboración propia, 2018.*

El 53 % (n: 82) de las mujeres participantes padecen o han padecido sentimientos de tristeza y el 50 % (n: 81) estado de ánimo decaído.



*Figura N°21 Distribución porcentual del total de mujeres participantes según antecedentes de salud familiares. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*

Un 45 % (n: 73) de los familiares padece hipertensión arterial y en el 43 % (n: 69), diabetes.



NÚMERO DE MUJERES SEGÚN ANTECEDENTES DE SALUD PERSONALES

*Figura N°22 Distribución porcentual del total de mujeres participantes según antecedentes de salud personales. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*

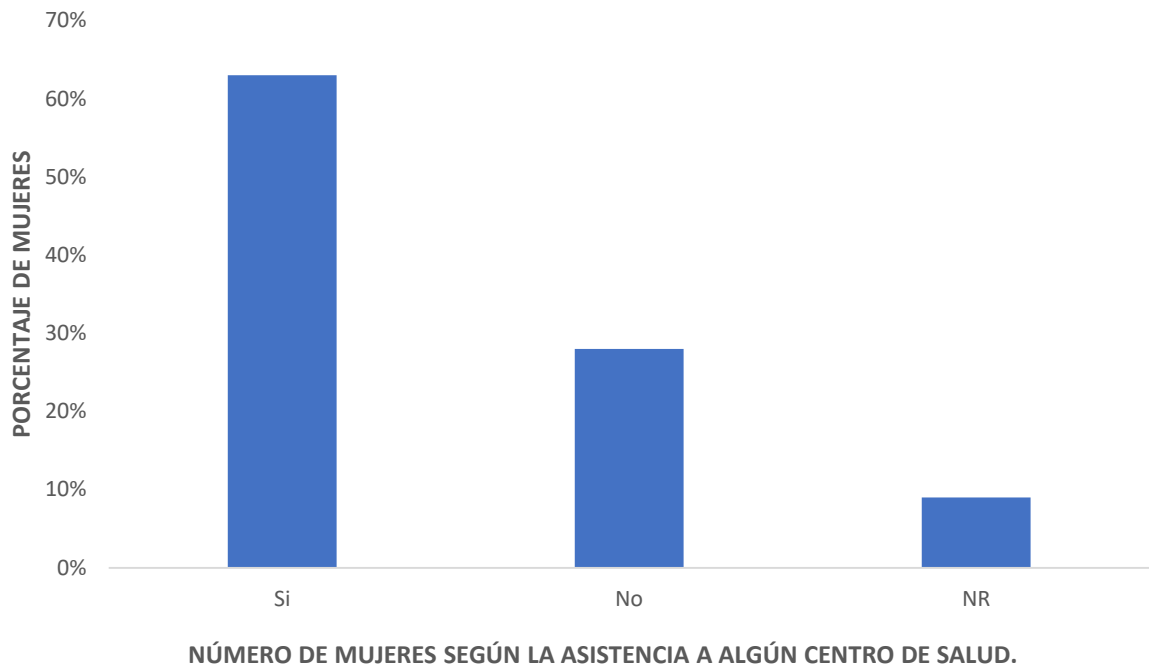
El 27 % (n: 43) de las mujeres participantes refieren padecer de diabetes y el 14 % (n: 22), de hipertensión.

*Tabla N°4*  
*Frecuencia de consumo de tiempos de alimentación en mujeres*  
*participantes de la investigación.*  
*Las Margaritas, 2018.*

<b>Tiempo de alimentación</b>	<b>Siempre</b>		<b>Casi siempre</b>		<b>Casi nunca</b>		<b>Nunca</b>		<b>NR</b>		<b>Total</b>	
	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>
Desayuno	114	71	21	13	12	7	9	6	5	3	161	100
Merienda mañana	52	33	34	21	28	17	45	28	2	1	161	100
Almuerzo	121	75	26	17	4	2			10	6	161	100
Merienda tarde	62	39	35	22	28	17	18	11	18	11	161	100
Cena	104	65	22	14	8	5	20	12	7	4	161	100
Merienda noche	32	20	16	10	19	12	57	35	37	23	161	100

*Fuente: elaboración propia, 2018.*

El 75 % (n: 121) de las mujeres participantes almuerzan diariamente, el 71 % (n: 114) desayunan diariamente y el 65 % (n: 104) cenan diariamente. Más del 65 % de las mujeres realizan tres tiempos de comida.



*Figura N°23 Distribución porcentual del total de mujeres participantes según la asistencia a algún centro de salud. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*

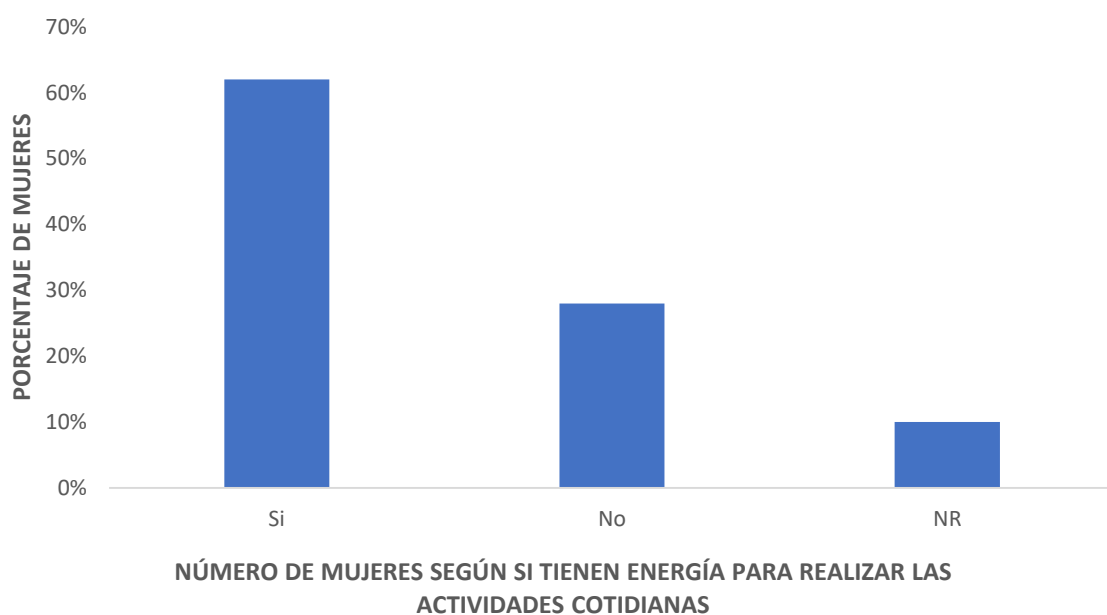
Un 63 % (n: 101) de las mujeres participantes asisten a un centro de salud.

*Tabla N°5*  
*Distribución porcentual del total de mujeres según la frecuencia*  
*con que se realizan exámenes médicos.*  
*Las Margaritas, 2018*

Tipo de examen	Una vez al mes		De 1 a 3 veces al año		Más de 3 veces al año		Cada 2 años		Nunca		NR		Total	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Auto examen de mamas	18	11 %	13	8 %	3	2 %	17	11 %	86	53 %	24	15 %	161	100 %
Papanicolau	11	7 %	25	16 %	4	2 %	49	30 %	71	44 %	1	1 %	161	100 %
Examen médico de rutina	18	11 %	69	43 %	8	5 %	10	6 %	53	33 %	3	2 %	161	100 %
Examen de sangre	4	2 %	58	36 %	8	5 %	32	20 %	59	37 %			161	100 %
Examen de heces	9	5 %	54	34 %	8	5 %	19	12 %	71	44 %			161	100 %
Examen de orina	23	14 %	43	27 %	5	3 %	19	12 %	28	17 %	43	27 %	161	100 %

*Fuente: elaboración propia, 2018.*

El 53 % (n: 86) de las mujeres participantes nunca se realizan el autoexamen de mamas. El 43 % (n: 69) de ellas se realizan exámenes médicos de rutina de 1 a 3 veces al año.



*Figura N°24 Distribución porcentual del total de mujeres participantes según si tienen energía para realizar las actividades cotidianas. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*

El 62 % (n: 101) de las mujeres participantes consideran mantener un nivel de energía constante que les permite realizar sus actividades.

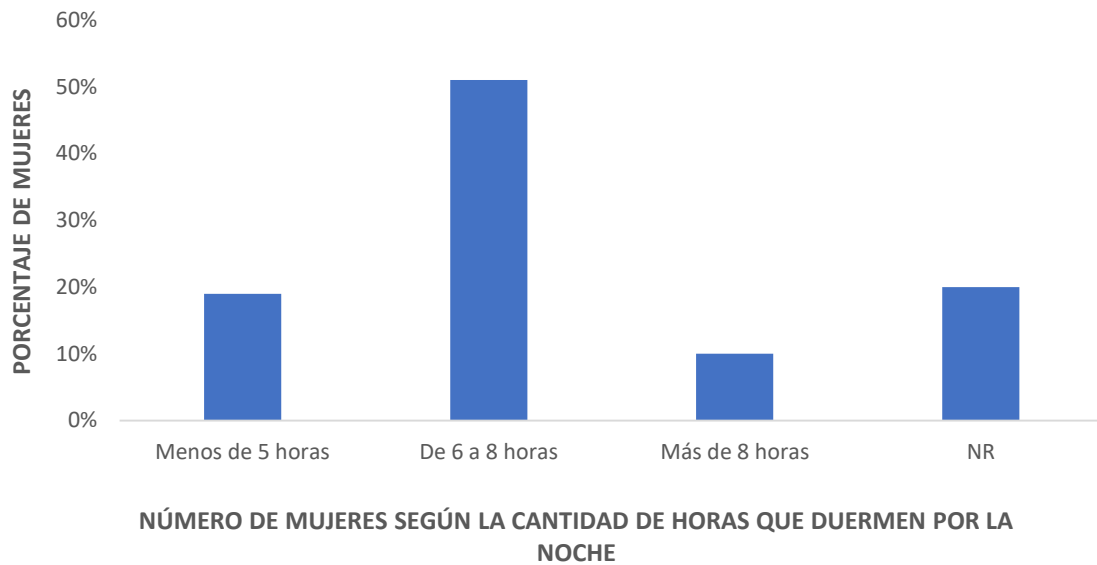


Figura N°25 Distribución porcentual del total de mujeres participantes según la cantidad de horas que duermen por la noche. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

El 61 % (n: 99) de las mujeres participantes duermen más de 6 horas por noche.

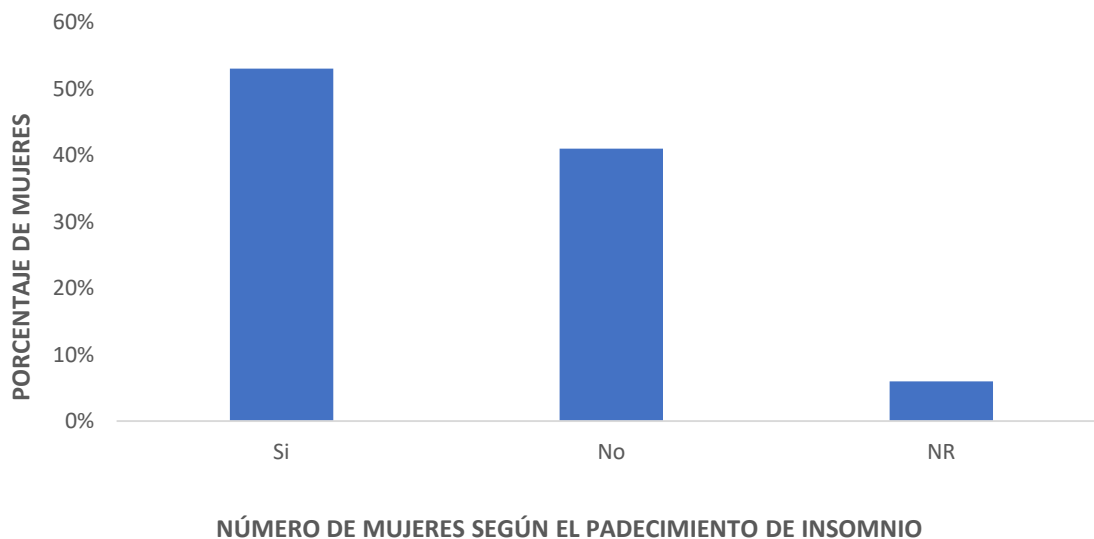


Figura N°26 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según el padecimiento de insomnio. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

El 53 % (n: 86) de las mujeres participantes padecen o han padecido insomnio

Tabla No. 6

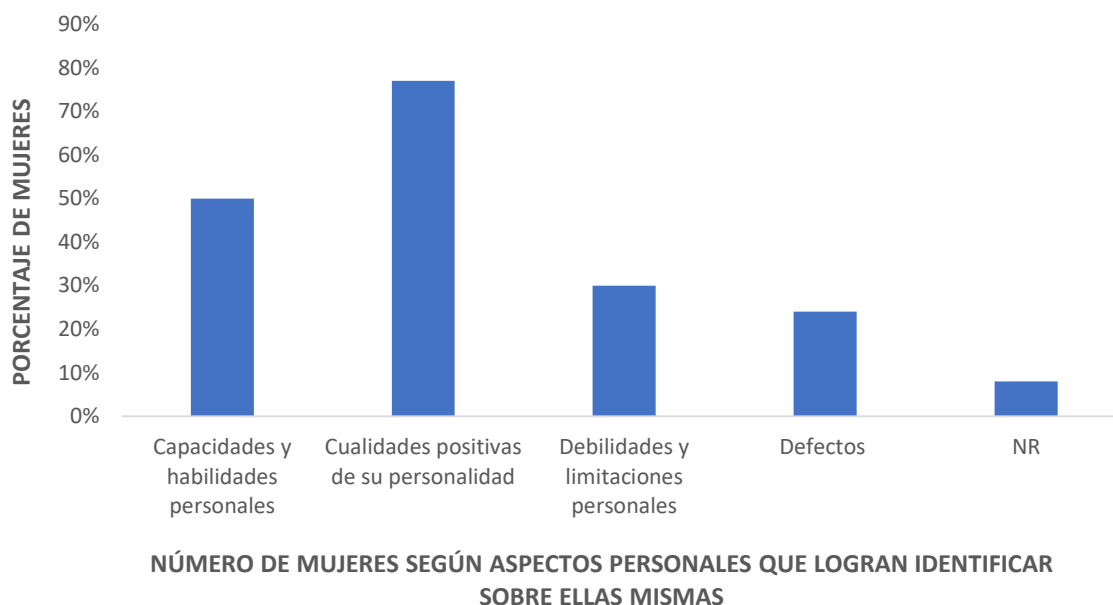
Distribución porcentual del total de mujeres participantes de la investigación según manifestación de situaciones personales.  
Las Margaritas, 2018.

Situaciones personales	Siempre		Casi siempre		Casi nunca		Nunca		NR		Total	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Siente que puede manejar el estrés sin que afecte otros aspectos de la vida	22	36 %	24	39 %	7	12 %	3	5 %	5	8 %	<b>61</b>	<b>100 %</b>
Se siente descansada al despertar	18	11 %	67	42 %	52	32 %	13	8 %	11	7 %	<b>161</b>	<b>100 %</b>
Le cuesta trabajo mantener la concentración al realizar cualquier tipo de actividad	24	15 %	44	27 %	51	31 %	28	18 %	14	9 %	<b>161</b>	<b>100 %</b>
Está satisfecha con su apariencia física	67	42 %	47	29 %	21	13 %	15	9 %	11	7 %	<b>161</b>	<b>100 %</b>
Tiene la seguridad para realizar las actividades y relacionarse con otros con confianza	68	42 %	51	32 %	25	16 %	8	5 %	9	5 %	<b>161</b>	<b>100 %</b>
Tiene capacidad para	86	53 %	56	35 %	10	6 %	1	1 %	8	5 %	<b>161</b>	<b>100 %</b>

lograr objetivos y metas personales												
Se considera buena persona	99	61 %	43	27 %	3	2 %	2	1 %	14	9 %	<b>161</b>	<b>100 %</b>
Se siente satisfecha con su vida sexual	29	54 %	16	29 %	6	11 %	-	-	3	6 %	<b>54</b>	<b>100 %</b>
Realiza algún tipo de actividad recreativa	23	14 %	20	12 %	12	8 %	32	20 %	74	46 %	<b>161</b>	<b>100 %</b>
Tiene fe de que hay un ser supremo	67	42 %	6	4 %	5	3 %	7	4 %	76	47 %	<b>161</b>	<b>100 %</b>

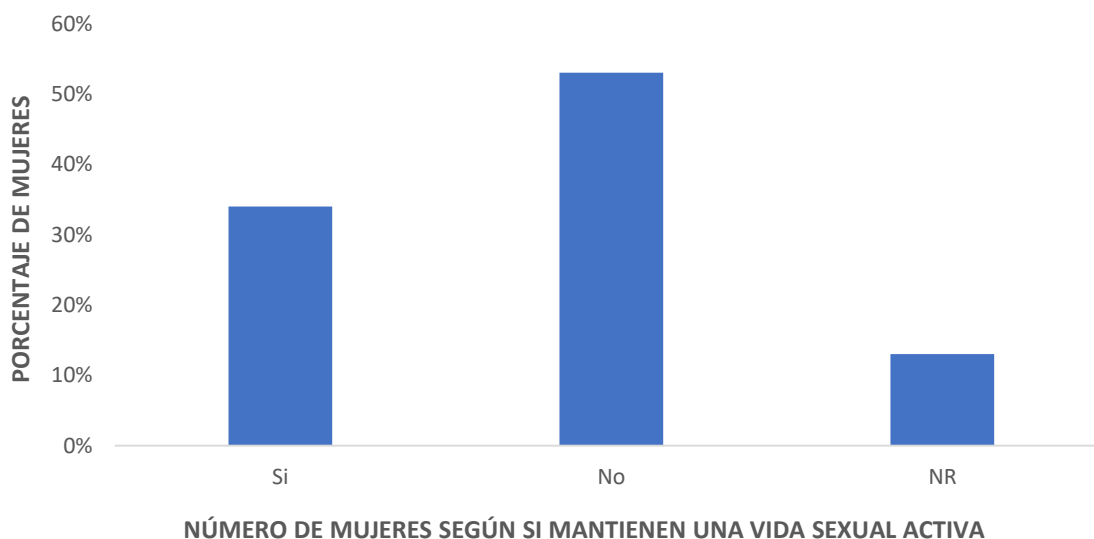
*Fuente: elaboración propia, 2018.*

Más del 40 % de las mujeres participantes siempre: están satisfechas con su apariencia física, tienen la seguridad necesaria para realizar sus actividades y relacionarse con otras personas con confianza, consideran tener la capacidad para lograr sus objetivos y metas personales, se consideran buenas personas, se sienten satisfechas con sus vidas sexuales y tienen fe de que hay un ser supremo atendiendo sus necesidades personales y llevando el control de sus vidas. Más del 39 % casi siempre sienten que pueden manejar el estrés sin que afecte otras áreas de su vida.



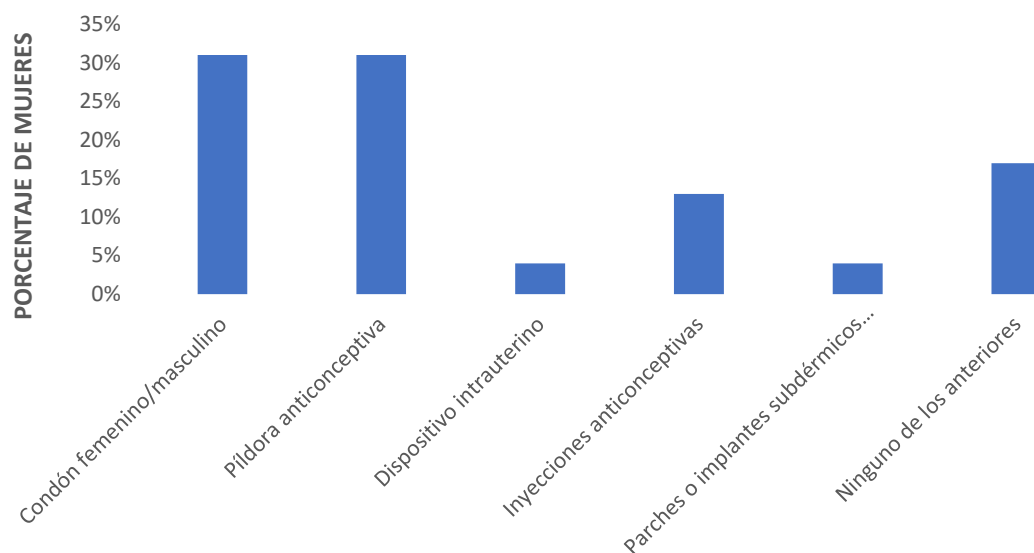
*Figura N°27 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según aspectos personales que logran identificar sobre ellas mismas. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*

El 77 % (n: 124) de las mujeres participantes identifican las cualidades positivas de su personalidad.



*Figura N°28 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según si mantienen una vida sexual activa. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*

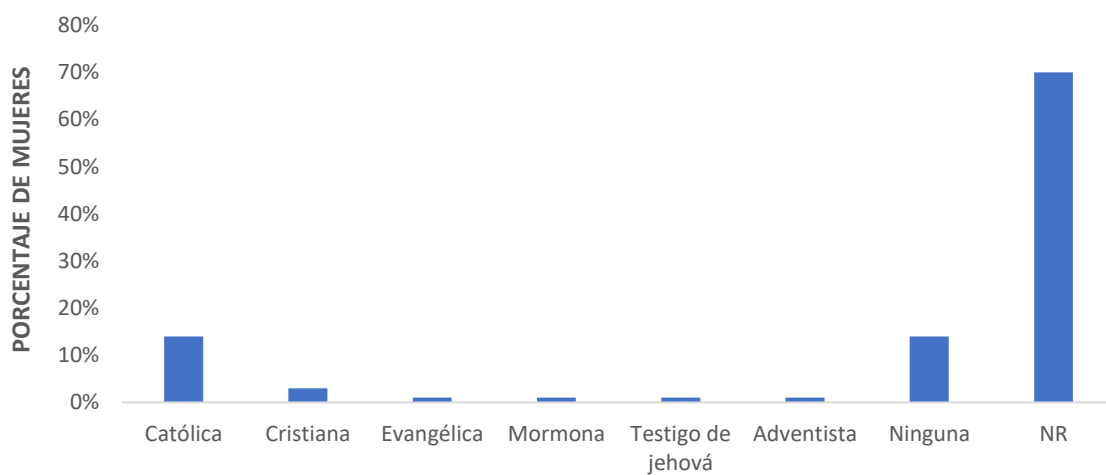
El 53 % (n: 86) de las mujeres participantes no mantienen una vida sexual activa.



NÚMERO DE MUJERES SEGÚN SI UTILIZA ALGÚN ANTICONCEPTIVO

Figura N°29 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según si utiliza algún anticonceptivo. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

Un 31 % (n: 16) de las mujeres participantes que llevan una vida sexual activa utilizan el condón femenino/masculino y la píldora anticonceptiva como método anticonceptivo.



NÚMERO DE MUJERES SEGÚN LA RELIGIÓN QUE PRACTICAN

Figura N°30 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según la religión que practican. “Las Margaritas”, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

El 14 % (n: 53) de las mujeres participantes practican la religión católica.

**CAPÍTULO V**  
**DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

## 5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los datos obtenidos muestran que más de la mitad de la población son adultas jóvenes, ya que se encuentran dentro del grupo de edad que va de los 18 a 37 años, son solteras, con un nivel de escolaridad de primaria completa, y nacionalidad costarricense, sin embargo, hay un porcentaje muy alto también de mujeres nicaragüenses, residentes en la provincia de San José, en los cantones de: cantón Central, Desamparados y Alajuelita. El mismo grupo refiere no tener hijos, asimismo, el grupo que tiene hijos se encuentra en edades de 18 años en adelante.

Las mujeres de este grupo, según la OMS<sup>26</sup>, se encuentran en la etapa donde se alcanza la madurez física, que permite a todos los sistemas corporales funcionar a un nivel óptimo, así como la percepción sensorial e intelectual y el vigor muscular.

Por otro lado, el Plan Nacional de Integración para Costa Rica 2018 – 2022<sup>23</sup>, desde mediados del siglo pasado, refiere que Costa Rica ha experimentado flujos migratorios marcados, principalmente, por la recepción de migrantes centroamericanos, la mayoría provenientes de Nicaragua, esto representa más del 75 % de la población inmigrante total.

Algunos de los factores explicativos de la migración de nicaragüenses a Costa Rica son la insuficiencia del mercado laboral nicaragüense, las diferencias de salario entre ambos mercados laborales, la reunificación familiar y las expectativas de aumentar el acceso a las oportunidades. Estos factores sobresalen en la población estudiada, pues prevalece el desempleo; sin embargo, un pequeño porcentaje de mujeres sí se encuentran empleadas se dedican a servicios de limpieza, por lo general, domésticos, seguido por el cuidado de niños.

Estos trabajos los consideran de estresante a demasiado estresante, pero la mayoría también indica manejar ese estrés sin que afecte otros aspectos de su vida personal.

Las mujeres participantes reciben un ingreso mayor a ¢141.000 mensuales, los cuales consideran que no son suficientes para satisfacer las necesidades básicas personales y las de sus familias. La mayoría de las mujeres indica que cuentan con el apoyo económico de un tercero como padres, parejas y exparejas, de igual forma, gran parte de las mujeres encuestadas refieren que nadie depende de manera económica de ellas, sin embargo, un alto porcentaje indicó que deben mantener de 1 a 3 personas con los ingresos que reciben mensualmente. Un pequeño grupo recibe ayuda económica proveniente de instituciones como el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), el Fondo Nacional de Becas (FONABE) y el Patronato Nacional de la Infancia (PANI).

La mayoría de las mujeres del estudio sufren o han sufrido algún tipo de discriminación, en primer lugar, se encuentra la discriminación por apariencia personal y, en segundo lugar, por nacionalidad. En este punto cabe señalar que la Política Nacional para una sociedad libre de racismo, discriminación racial y xenofobia, 2014-2025<sup>24</sup> refiere que la discriminación es un fenómeno que tiene como soporte la acción de un determinado agente discriminatorio y que es el responsable de realizar una distinción, exclusión o restricción específica por diversos factores. Esta se consolida como un obstáculo para el pleno disfrute de los derechos humanos.

Continuando con el análisis de resultados, la mayoría ha sido víctima de violencia psicológica, seguido de violencia física; sin embargo, cabe señalar que un número bastante representativo considera no haber sufrido nunca ningún tipo de violencia.

La gran mayoría de las mujeres no consumen ningún tipo de sustancia y, dentro de las que indican consumir, ingieren medicamentos como tratamiento a sus problemas de salud y los consideran necesarios para el mantenimiento de esta. Un pequeño grupo consume alcohol, tabaco y marihuana, pero, en general, manifiestan que no es necesario el uso de drogas o psicoactivos para sentirse bien consigo mismas.

Los resultados reflejan que la mayoría de las mujeres realizan algún tipo de ejercicio de 1 a 3 veces por semana. Esto es un factor indispensable para el mantenimiento de la salud física y mental y para el mejoramiento de la calidad de vida, sin embargo, otra cantidad considerable indica que nunca realizan actividad física.

Un factor determinante del sedentarismo es la cantidad de horas que una persona permanece sentada durante el día por diversas razones. En cuanto a esto, los resultados indican que el promedio de horas que la mayoría de las mujeres participantes pasan sentadas durante el día es de 1 a 3 horas, siendo el mínimo y demuestran que la mayoría se mantienen activas durante el día y que mantienen un nivel de energía constante que les permite realizar sus actividades diarias y que, en promedio, duermen de 6 a 8 horas diarias. Expresan, además, que casi siempre se sienten descansadas al despertar. A pesar de estos resultados que muestran un patrón de sueño saludable en la población, la generalidad indica que padecen o han padecido de insomnio, lo que disminuye la calidad de vida.

Muchas de las encuestadas expresan padecer o haber padecido sentimientos de tristeza, estado de ánimo decaído, nerviosismo constante o comer en exceso, indicadores de que pueden existir cuadros ansiosos en la población que deterioran la calidad de vida. Más del 40 % de las mujeres participantes siempre están satisfechas con su apariencia física, tienen la seguridad necesaria para realizar sus actividades y relacionarse con otras personas con confianza, consideran tener la capacidad para lograr sus objetivos y metas personales y se

creen buenas personas. Las características anteriores demuestran que tienen buena autoestima.

Los antecedentes de salud familiares más relevantes dentro de la población en estudio son la hipertensión arterial y la diabetes. Con respecto a los antecedentes de salud personales, la mayoría indica padecer de diabetes, hipertensión arterial y obesidad. Estas enfermedades, en la mayoría de los casos, se desencadenan por factores hereditarios, malos hábitos de vida y alimentación poco saludable. En este punto, es importante mencionar que más de la mitad de las mujeres indica realizar solo tres tiempos de comida: desayuno, almuerzo y cena.

Las mujeres participantes en la investigación, en su mayoría, indican asistir a centros de salud solo cuando lo necesitan. Dentro de la evaluación de los exámenes básicos de salud, la mayoría indica que nunca se realizan el auto examen de mamas, por lo que hay un déficit en la prevención de la enfermedad y un desconocimiento que debe ser reforzado. Otro porcentaje de mujeres indica que se realizan el examen médico de rutina de 1 a 3 veces al año.

La mayoría indica que no mantienen una vida sexual activa y, dentro del porcentaje de mujeres que sí son activas sexualmente, los métodos anticonceptivos que más usan son el condón femenino/masculino y la píldora anticonceptiva. Seguido de este porcentaje, se encuentra el grupo de mujeres que indica que no usan ningún tipo de anticonceptivo, lo que no solo las pone en riesgo de embarazos no deseados, sino de la propagación de enfermedades de transmisión sexual. La mayoría de las mujeres sexualmente activas también indican que casi siempre se sienten satisfechas con su vida sexual.

Las actividades recreativas no son de gran interés para la población, ya que la mayoría indica que nunca realiza ningún tipo de actividad de ocio. Para mantener una buena salud mental, son fundamentales los ratos de esparcimiento y re-creatividad. Dentro de las actividades recreativas que hacen las que indicaron que sí, están las manualidades, el baile y el ejercicio.

En el ámbito espiritual, gran parte de las mujeres indican que siempre creen que hay un ser supremo que atiende a sus necesidades personales y lleva el control de sus vidas, aspecto fundamental para mantener un equilibrio en la salud mental y física. En el ámbito religioso, la mayoría de las mujeres practican el catolicismo, sin embargo, manifiestan la práctica de otras religiones como la evangélica, cristiana, mormona, adventista y testigo de Jehová. Otro porcentaje de la población manifiesta que no practica ninguna religión.

La relación entre los determinantes de la salud mental presentes en Las Margaritas con su calidad de vida es fundamental y se puede observar, según los resultados obtenidos con la investigación que existen relaciones tanto positivas como negativas entre los mismos.

Dentro de las relaciones positivas se observa que el determinante de acceso y uso de los servicios de salud mejora la salud física de las mujeres, ya que al tener acceso y hacer uso de estos se aumenta por consecuente la calidad de vida.

**CAPÍTULO VI**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 6.1 CONCLUSIONES

La población en su totalidad es femenina, la mayoría tiene de 18 a 37 años y son costarricenses, sin embargo, un alto número es de nacionalidad nicaragüenses. Gran parte de estas habitan en la provincia de San José, son solteras, sin hijos y con un nivel de escolaridad de primaria completa. Los ingresos económicos que reciben son mayores a 141 mil colones mensuales, pero no consideran que sean suficientes para satisfacer sus necesidades básicas personales y familiares. Asimismo, un gran número cuenta con el apoyo económico de un tercero, pero no con un apoyo social

La mayoría de las mujeres estudiadas han sufrido algún tipo de discriminación y violencia, por apariencia personal y por nacionalidad y violencia de tipo psicológica, seguida de la física, presentan también sentimientos de tristeza y el estado de ánimo decaído, así como la sensación de nerviosismo constante y comer en exceso.

La hipertensión arterial y la diabetes se posicionan no solo como los principales antecedentes de salud familiares de las mujeres participantes, sino también como antecedentes de salud personales de estas. La mayoría de ellas acceden a servicios de salud cuando lo necesitan y se realizan exámenes médicos de rutina de 1 a 3 veces al año, sin embargo, muchas nunca se realizan el autoexamen de mamas, lo que denota una debilidad sobre el conocimiento del tema y su importancia para la prevención del cáncer.

En el ámbito sexual, gran parte no mantiene relaciones sexuales y del porcentaje de mujeres que son activas sexualmente, el condón femenino o masculino y la píldora son los

anticonceptivos más usados. La mayoría también expresa sentirse siempre satisfecha con su vida sexual.

Por último, se concluye que dentro de los determinantes de la salud mental presentes en la población estudiada se encuentran: en la dimensión social, cultural y económica, son la discriminación, el riesgo de violencia, los ingresos económicos y la protección social. Por su parte, en la dimensión biológica, los trastornos mentales, los factores genéticos y los factores personales. Por otro lado, en la dimensión de sistemas y servicios de salud, está presente el acceso y uso de los servicios de salud.

Asimismo, en cuanto a los factores de la calidad de vida presentes en la población estudiada están: en las dimensiones física, psicológica y espiritual, no se encuentra impacto negativo hacia la calidad de vida, por lo que no hay ningún indicador. En la dimensión de relaciones sociales, está el indicador de actividad sexual. Por su parte, en la dimensión de entorno, se encuentran las actividades recreativas. Por lo tanto, los determinantes de la salud mental anteriormente mencionados afectan de manera directa la calidad de vida de las mujeres estudiadas.

A nivel del proyecto social “Las Margaritas”, este fue establecido, en un principio, como un espacio para ayudar a mujeres adultas mayores, sin embargo, en los resultados se observa que su población ha variado, pues se han incluido mujeres jóvenes, las cuales denotan un nivel mayor de necesidad de apoyo social, esto, especialmente, por ser el grupo más numeroso dentro del proyecto.

## **6.2 RECOMENDACIONES**

### **Al personal directivo de la obra social “Las Margaritas”:**

Trabajar de manera interdisciplinaria entre profesionales en trabajo social, psicología y los encargados de la obra el programa educativo desarrollado.

Suministrar a las mujeres de la obra materiales informativos de soporte como despleables o afiches con los temas tratados durante el programa educativo.

Colocar afiches y carteles con información de interés, de manera práctica, en lugares visibles de la institución para que las mujeres que asisten a la obra puedan estarse informando constantemente.

Favorecer un espacio de dudas y expresión individualizada para que las mujeres que participan en la obra puedan manifestar todas sus necesidades, preguntas y situaciones sin que se sientan juzgadas.

Brindar diversas herramientas para que las mujeres beneficiarias de la obra puedan emprender sus propios negocios y se establezcan como empresarias.

**A las mujeres participantes de la obra “Las Margaritas”:**

Favorecer el autocuidado en las mujeres pertenecientes a la obra desde la expresión de sus inseguridades, problemas e interrogantes, hasta la aplicación de conocimientos adquiridos y el desarrollo de habilidades para mejorar su salud física y mental.

Desarrollar actividades de ocio y recreación que sean de su agrado durante los tiempos libres para favorecer la salud mental y el manejo del estrés, así como pausas activas entre labores para mejorar la concentración y favorecer la claridad mental.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz M. Indagaciones epidemiológicas en salud mental: usos de servicios de salud y percepción del apoyo social. *Revista Salud Pública* 2016; 18 (2): 188-200.
2. Marcial N, Valeriano B, Escobedo J, Macías A. Elementos objetivos y subjetivos en la calidad de vida de hogares rurales en Yehualtepec, Puebla. En: Marcial N (ed). *Estudios Sociales* 48, Vol. 26. Puebla: 2016. P 259-303.
3. Shirley R, Vargas R, Melguizo E. Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia. *Revista Salud Pública* 2017; 19 (4): 549-554.
4. García Ramírez J, Vélez Álvarez C. Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales, Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública* 2017; 43(2): 191-203.
5. Baró Bouly T, Fernández Hernández M, Morlote Castañeda Y, Duany Rodríguez L. Acciones educativas para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Información Científica* 2017; 96 (5): 798-805.
6. Navarro Despaigne D, León Sánchez A, Roca Soler I. Calidad de vida en mujeres de edad mediana de La Habana. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2017; 43 (2): 1-13.

7. Acosta Quiroz C, Tánori Quintana J, García Flores R, Echeverría Castro S, Vales García J, Rubio Rubio L. Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Revista Psicología y Salud* 2017; 27 (2): 179-188.
8. Gómez J, Velázquez G. Asociación entre los espacios verdes públicos y la calidad de vida en el municipio de Santa Fe, Argentina. *Cuadernos de Geografía: Revista Colombiana de Geografía* 2018; 27 (1): 164-179.
9. Vinaccia S, Riveros F, García L, Quiceno M, Martínez A, Reyes K. Relaciones entre calidad de vida y factores sociodemográficos y de salud en adultos mayores colombianos. *Psicología y Salud* 2018; 28 (1): 73-83.
10. Reyes Rodríguez E, Durand Rill R. Calidad de vida en la tercera edad desde la Universidad del Adulto Mayor. *Revista de Información Científica* 2018; 97 (1): 192-204.
11. García González A, Froment F. Beneficios de la actividad física sobre la autoestima y la calidad de vida de personas mayores. *Retos* 2018; 33: 3-9.
12. González D, Cernuda J, Peráza F, García B, Aparicio V. Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista Asociación Española de Neuropsicología* 2018; 38 (133): 145-166.
13. Razo González A, Díaz Castillo R, López González M. Construcción de las Representaciones Sociales de la Calidad de Vida en diferentes etapas de la edad adulta. *Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología* 2018; 27 (1): 149-167.

14. Parra Quesada V. Tiempo libre y calidad de vida auto percibida de los adultos mayores que asisten a las actividades comunales de Mata Redonda, mayo, 2014. [Tesis para optar por el grado académico de licenciatura en Enfermería]. San José: Escuela de Enfermería, Universidad Hispanoamericana; 2014.
15. Rabaza Verdecia A. Calidad de vida percibida por la persona adulta mayor basado en el apoyo social, Hogar Carlos María Ulloa, julio – agosto, 2016. [Tesis para optar por el grado académico de licenciatura en Enfermería]. San José: Escuela de Enfermería, Universidad Hispanoamericana; 2016.
16. Ministerio de Salud de Costa Rica. *Política Nacional de Salud Mental 2012-2021*. San José: El Ministerio; 2012.
17. Organización Mundial de la Salud. *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Ginebra: Ediciones de la OMS; 2013.
18. Ministerio de Salud de Costa Rica. *Plan Nacional de Salud 2016-2020*. San José: El Ministerio; 2016.
19. Ardila R. Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2003; 35 (2). <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf> (último acceso 24 agosto 2018).
20. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué calidad de vida? *Foro Mundial de la Salud* 1996; 17. <http://www.who.int/iris/handle/10665/55264> (último acceso 20 agosto 2018).

21. Elers Y, Gibert M. Relación enfermera-paciente una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista Cubana de Enfermería* 2016; 32 (4): 126-136.
22. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 4ª Edición. México: McGraw-Hill; 2006.
23. Dirección General de Migración y Extranjería. *Plan Nacional de Integración para Costa Rica 2018 – 2022*. San José: Coordinación técnica ICMPD 2017.
24. Política Nacional Para Una Sociedad Libre De Racismo, Discriminación Racial Y Xenofobia, 2014-2025.
- .
25. Organización Mundial de la Salud. *Salud mental: un estado de bienestar*. OMS. [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/) (último acceso 14 de agosto 2018).
26. Organización Mundial de la Salud. *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. OMS. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (último acceso 24 de agosto 2018).

## **ANEXOS**

## **Anexo No 1. DEDICATORIA**

*Dedico esta tesis a la MSc. Mary Astúa Vega por convertirse en más que una profesora, en una amiga incondicional. Por motivarme, inspirarme, apoyarme e inculcarme el amor por la Enfermería durante mis días de clases y mi proceso de investigación final. Por guiarme siempre por el camino de la justicia y transmitirme con amor y paciencia toda su sabiduría y conocimiento.*

*Nancy Lizano*

## **Anexo No 2. AGRADECIMIENTO**

*Agradezco de todo corazón a mi madre, Ileana Campos, quien con todo su amor me ha ayudado a salir adelante y convertirme en la persona que soy hoy en día. Sin ella nada de esto hubiera sido posible.*

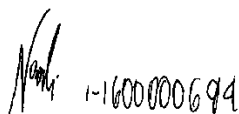
*Agradezco a Sor. Yorleny Campos Miranda, directora del Centro de Capacitación para la Mujer María Mazzarello y a Sor Sunana Li Ton, directora del proyecto “Las Margaritas” por abrirme las puertas para desarrollar mi investigación y por toda la ayuda y disposición mostrada.*

*Nancy Lizano*

### Anexo No 3. DECLARACIÓN JURADA

#### DECLARACIÓN JURADA

Yo Nancy Dayana Lizano Campos, cédula de identidad número 1-1600-0694, en condición de egresado de la carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjuicio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de licenciatura en Enfermería titulado “Determinantes de la Salud Mental relacionados a la calidad de vida en mujeres beneficiarias del proyecto social Las Margaritas. Obras de Sor María Romero, Barrio Don Bosco San José Costa Rica. II cuatrimestre 2018” es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derechos Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: “Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean redundante en perjuicio del autor de la obra original”. Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en Barrio Aranjuez, el día lunes 17 de setiembre del año 2018.



Nancy Dayana Lizano Campos.

## Anexo No 4. CARTA CECAMMM



CENTRO DE CAPACITACION DE LA MUJER  
"MARIA MAZZARELLO"  
TELEFONO 22-22-75-44 FAX 22-56-69-15  
[Cecammm2011@gmail.com](mailto:Cecammm2011@gmail.com)

San José, 30 de agosto 2018

Señorita  
Nancy Lizano Campos  
Estudiante de Enfermería

Estimada señorita:

De manera atenta le comunico que hemos recibido su solicitud para realizar el plan piloto de su trabajo final denominado "Determinantes de la Salud Mental relacionados a la calidad de vida de las mujeres beneficiarias del proyecto social "Las Margaritas".

Analizada su petición es aceptada y se le autoriza la aplicación de 20 cuestionarios a 20 mujeres del grupo del curso de Computación I Nivel.

Sin otro particular suscribo atentamente,

  
Sra. Ana Yorlany Campos Miranda  
Directora CECAMMM



## Anexo No 5. CARTA LAS MARGARITAS



**Casa de María Auxiliadora**  
Obras Sociales- Sor María Romero



San José, Costa Rica

Lunes 3 de setiembre 2018

Señorita Nancy Lizano Campos

Estudiante de Enfermería

Estimada señorita:

De manera atenta le comunico que hemos recibido, analizado y aceptado su solicitud para realizar su trabajo final de graduación en Casa de María Auxiliadora – Obras Sociales, denominado “Determinantes de la Salud Mental relacionado a la calidad de vida de las mujeres beneficiarias del programa de atención a la mujer adulta mayor y/o en vulnerabilidad “Las Margaritas”, por lo que se le autoriza la aplicación de 130 encuestas a las mujeres beneficiadas del programa.

Sin otro particular me despido atentamente,

Sor Susana Li Tong

Responsable del Programa Las Margaritas

## Anexo No 6. CARTA TUTOR

San José, 16 de setiembre de 2018.

**Msc.**  
**Vanessa Aguilar Zeledón.**  
**Directora Carrera de Enfermería**  
**Universidad Hispanoamericana**

Estimada Msc. Aguilar.

La estudiante **NANCY DAYANA LIZANO CAMPOS** ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL RELACIONADOS A LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES BENEFICIARIAS DEL PROYECTO SOCIAL "LAS MARGARITAS". OBRAS DE SOR MARÍA ROMERO, BARRIO DON BOSCO SAN JOSÉ, COSTA RICA, II CUATRIMESTRE 2018.** el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en enfermería.

En mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10 %
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	11%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30 %
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	19%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL		90%

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,

  
**Msc. María Cecilia Astúa V, Tutora.**  
**Cédula 3-213-890**

## Anexo No 7. CARTA LECTOR

### CARTA DE LA LECTORA

San José, 13 de noviembre 2018.

*Máster Vanessa Aguilar Zeledón  
Directora Carrera Enfermería  
Universidad Hispanoamericana*

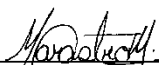
Estimada señora:

La estudiante NANCY DAYANA LIZANO CAMPOS, cédula de identidad número 1-1600-0694 me ha presentado para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **"DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL RELACIONADOS A LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES BENEFICIARIAS DEL PROYECTO SOCIAL "LAS MARGARITAS". OBRAS DE SOR MARIA ROMERO, BARRIO DON BOSCO SAN JOSÉ, COSTA RICA, III CUATRIMESTRE 2018."** el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

En mi calidad de lector, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de lectoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

Por consiguiente, se avala el traslado al proceso de lectura al filólogo(a).

Atentamente,

  
\_\_\_\_\_  
**MSc. Marcela Castro Méndez**  
**Cédula identidad 1-1034-0377**  
**Carné Colegio Profesional E-4705**

## Anexo No 8. CARTA FILOLOGO

### Carta de aprobación filológica

San José, 19 de noviembre de 2018

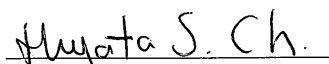
Msc.  
Vanessa Aguilar Zeledón  
Directora Carrera de Enfermería  
Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

He revisado y corregido en todos los extremos filológicos: la redacción, la ortografía, la puntuación, la morfología, la sintaxis y los vicios de la tesis denominada **“Determinantes de la salud mental relacionados a la calidad de vida de las mujeres beneficiarias del proyecto social “Las Margaritas”. Obras de Sor María Romero, Barrio Don Bosco San José, Costa Rica, III cuatrimestre, 2018”**, presentada por la estudiante Nancy Dayana Lizano Campos, para optar por grado académica de **Licenciatura en Enfermería**.

Con las correcciones realizadas en este trabajo de investigación, este es un documento con valor filológico y cumple con los requisitos necesarios para ser presentada ante las autoridades universitarias correspondientes.

Atentamente,



Margarita Sirlene Chaves Bonilla

Filóloga

Cédula # 2 0717 0620

Carné afiliado # 231 "Asociación Costarricense de Filólogos"

## Anexo No 9. ALFA DE CRONBACH

.	alpha	p15-	p38,	item	
Test	scale	=	mean(unstandardized	items)	
Item	Obs	Sign	item-test correlation	item-rest correlation	average interitem alpha
p15	148	+	0.8622	0.8055	0.8931
p16	151	+	0.9092	0.8703	0.8881
p17	155	+	0.6081	0.5190	0.9149
p19	134	+	0.5063	0.4158	0.9218
p26	140	+	0.7842	0.7118	0.9029
p28	145	+	0.8329	0.7711	0.8981
p31	151	+	0.9084	0.8693	0.8883
p38	140	+	0.8243	0.7539	0.8992
Test	scale			.1140981	0.9130

## Anexo No 10. INSTRUMENTO

### UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA CARRERA DE ENFERMERÍA INSTRUMENTO RECOLECCION DE LA INFORMACION

#### **Estimada participante:**

El presente instrumento pretende recolectar información, con el objetivo de estudiar los determinantes *de la salud mental relacionados a la calidad de vida presentes en mujeres beneficiarias del proyecto social “Las Margaritas”. Obras de Sor María Romero, Barrio Don Bosco San José, Costa Rica, III cuatrimestre 2018”*.

La información que usted brinde será de gran valor para el estudio y con fines meramente académicos, por lo que se le garantiza total confidencialidad a la información que usted brinde. Su respuesta es importante para la investigación, por lo que agradezco su sinceridad al responder.

Se le indica que:

- La contestación del instrumento deberá realizarla de manera completa, clara y ordenada.
- Su participación en este estudio no tiene ningún costo monetario y es totalmente voluntaria.
- Si no desea participar comuníquelo de manera directa al investigador responsable.
- Su negación a la contestación de este cuestionario no afectará en su pertenencia a “Las Margaritas”, ni se le retirará ninguno de los beneficios que le son brindados.
- Si desea participar en el estudio deberá contestar una serie de preguntas relacionadas a su información sociodemográfica, salud mental y calidad de vida.
- La realización del cuestionario tiene un tiempo aproximado de 20 minutos.
- Para consultas adicionales puede comunicarse a la Universidad Hispanoamericana Sede Aranjuez al teléfono 2211-3000 de lunes a viernes en el horario de 8:00 am a 5:00 pm.

**He leído o se me ha leído toda la información descrita en este documento antes de firmarlo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas de manera adecuada y satisfactoria, por lo tanto, accedo a participar en la investigación como sujeto de estudio.**

---

Nombre, número de identificación y firma del entrevistado.

Fecha: \_\_\_\_\_

---

Nombre, número de identificación y firma del Investigador que solicita el consentimiento.



Siempre.  Casi siempre.  Casi nunca.  Nunca.

**P11.** Indique si es el caso, el o los tipos de discriminación de la cuales ha sido víctima a lo largo de su vida. Puede marcar varias opciones.

- Discriminación por ser mujer.
- Discriminación por nacionalidad.
- Discriminación por credo religioso.
- Discriminación por orientación sexual.
- Discriminación por ingresos económicos.
- Discriminación por apariencia personal.
- Otro tipo de discriminación. ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- No he sufrido de discriminación.

**P12.** Indique si es el caso, el tipo de violencia del cual ha sido víctima a lo largo de su vida. Puede marcar varias opciones.

- Violencia física (golpes, empujones u otras acciones que le hayan causado algún dolor o daño físico).
- Violencia psicológica (faltas de respeto verbales, bullying, comentarios descalificantes y humillantes).
- Violencia sexual (acoso sexual, cualquier tipo de acción sexual sin su consentimiento o en contra de sus preferencias, deseos y decisiones personales).
- No he sufrido ningún tipo de violencia.

**P13.** Indique la opción en la cual se encuentran los ingresos económicos que recibe de manera mensual.

- Menos de 80 mil colones.  De 81 mil a 140 mil colones.
- De 141 mil a 190 mil colones.  De 191 mil a 250 mil colones.
- De 251 mil a 310 mil colones.  De 311 mil a 370 mil colones.
- Más de 371 mil colones.

**P14.** Indique la cantidad de personas que dependen de usted de manera económica.

- Nadie depende de mí.
- De 1 a 3 personas.
- De 4 a 6 personas.
- De 7 a más personas.

**P15.** ¿Considera usted que los ingresos económicos que recibe son necesarios para satisfacer sus necesidades básicas personales y las de su familia si es el caso?

- Si.  No.

**P16.** ¿Cuenta usted con el apoyo económico de un tercero (pareja, padres, otro)?

- Si  No. ¿Quién? \_\_\_\_\_

**P17.** ¿Recibe algún tipo de ayuda social?

- Si.  No. ¿De quién? \_\_\_\_\_

**P18.** Indique en el siguiente cuadro cuales drogas o psicoactivos consume de manera habitual e indique también la frecuencia de consumo durante el último año. Puede marcar varias opciones o la posición de ninguna.

Droga o psicoactivo	Diariamente	1- 2 veces a la semana	3 - 5 veces a la semana	Más de 5 veces a la semana
Alcohol				
Tabaco				
Medicamentos				
Marihuana				
Cocaína				
Heroína				
Crack				
Inhalantes				
LSD				
Hongos				
Otra				
Ninguna.				

**P19.** ¿Considera usted necesario el consumo de esa/esas drogas para sentirse bien consigo misma?

( ) Si. ( ) No. ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**P20.** ¿Con que frecuencia realiza usted actividad física?

Actividad física	Frecuencia en el último año				
	Diariamente	1 a 3 veces por semana	4 a 6 veces por semana	Más de 6 veces por semana	Nunca

**P21.** Indique el número de horas que pasa sentada durante el día.

( ) De 1 a 3 horas. ( ) De 4 a 6 horas. ( ) De 7 a 9 horas. ( ) Más de 10 horas.

**P22.** Indique si es el caso, si padece o ha padecido alguna de las siguientes condiciones personales. Puede marcar varias opciones.

Condición		Condición	
Ideas constantes sobre temas específicos que la hagan sentir sin paz mental		Experiencias traumáticas que la han marcado de manera negativa y le provocaron luego un temor desmedido sobre la situación	
Sentimientos de tristeza		Cansancio excesivo	
Falta de interés en las		Comer en exceso	

actividades de la vida diaria o recreativas			
Sensación de nerviosismo constante		Dejar de comer	
Miedos desmedidos		Vomitara la comida por sentirse culpable después de comer	
Estado de ánimo decaído			

**P23.** ¿Padece alguien de su familia (padre, madre, abuelos maternos o paternos) alguno de las siguientes enfermedades?

- ( ) Hipertensión arterial (presión alta).
- ( ) Diabetes (azúcar en la sangre).
- ( ) Enfermedades mentales.
- ( ) Enfermedades cardíacas.
- ( ) Cáncer.
- ( ) Obesidad.
- ( ) Ninguna de las anteriores.

**P24.** Indique si es el caso, si padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades.

- ( ) Hipertensión arterial (presión alta).
- ( ) Diabetes (azúcar en sangre).
- ( ) Enfermedades mentales.
- ( ) Cáncer.
- ( ) Enfermedades cardíacas.
- ( ) Obesidad.
- ( ) Otra. ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- ( ) Ninguna.

**P25.** Indique en el siguiente cuadro los tiempos de comida que realiza y la frecuencia con que los consume.

Tiempo de alimentación	Siempre.	Casi siempre.	Casi nunca.	Nunca.
Desayuno				
Merienda de la mañana				
Almuerzo				
Merienda de la tarde				
Cena				
Merienda de la noche o colación				

**P26.** ¿Asiste usted a algún centro de salud cuando lo necesita?

( ) Si. ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ( ) No.

**P27.** Indique en el cuadro los exámenes médicos y chequeos que se realiza y la frecuencia con la que lo hace.

Tipo de examen	Frecuencia				
	Una vez al mes.	De 1 a 3 veces al año.	Más de 3 veces al año.	Cada 2 años.	Nunca.
Auto examen de mamas					
Papanicolau					
Examen médico de rutina					
Examen de sangre					
Examen de heces					
Examen de orina					

**P28.** ¿Considera usted que mantiene por lo general un nivel de energía constante que le permite realizar sus actividades?

( ) Si. ( ) No.

**P29.** Indique cuántas horas duerme usted por la noche o diariamente.

( ) Menos de 5 horas

( ) De 6 a 8 horas

( ) Mas de 8 horas

**P30.** ¿Se siente usted descansada al despertar?

( ) Siempre. ( ) Casi siempre. ( ) Casi nunca. ( ) Nunca.

**P31.** ¿Padece o ha padecido de insomnio?

( ) Si. ( ) No.

**P32.** ¿Le cuesta trabajo mantener su concentración a la hora de realizar cualquier tipo de actividad?

( ) Siempre. ( ) Casi siempre. ( ) Casi nunca. ( ) Nunca.

**P33.** ¿Se siente satisfecha como usted es físicamente?

( ) Siempre. ( ) Casi siempre. ( ) Casi nunca. ( ) Nunca.

**P34.** ¿Considera usted que tiene la seguridad necesaria para realizar sus actividades y relacionarse con otras personas con confianza?

( ) Siempre. ( ) Casi siempre. ( ) Casi nunca. ( ) Nunca.

**P35.** ¿Considera usted que tiene la capacidad para lograr todo lo que se proponga y alcanzar sus metas y objetivos personales?

Siempre.  Casi siempre.  Casi nunca.  Nunca.

**P36.** ¿Se considera usted una buena persona?

Siempre.  Casi siempre.  Casi nunca.  Nunca.

**P37.** Marque en la siguiente tabla los aspectos personales que usted logra identificar sobre usted misma. Puede marcar varias opciones.

Capacidades y habilidades personales.

Cualidades positivas de su personalidad (por ejemplo disciplinada, trabajadora, amable, creativa..).

Debilidades y limitaciones personales (cosas que se dificultan hacer o que requieren mejorar).

Defectos (por ejemplo impaciente, indisciplinada...).

**P38.** ¿Mantiene usted una vida sexual activa? Si su respuesta es NO por favor continúe con la pregunta **P41**.

Si.  No.

**P39.** ¿Utiliza usted alguno de los siguientes anticonceptivos? Puede marcar varias opciones.

Condón femenino/ masculino.

Píldora anticonceptiva.

Dispositivo intrauterino ( T de cobre).

Inyecciones anticonceptivas.

Parches o implantes subdérmicos anticonceptivos.

Ninguno de las anteriores.

**P40.** ¿Se siente satisfecha con su vida sexual?

Siempre.  Casi siempre.  Casi nunca.  Nunca.

**P41.** ¿Realiza usted algún tipo de actividad recreativa?

Siempre.  Casi siempre.  Casi nunca.  Nunca.

¿Qué tipo de actividad? \_\_\_\_\_

**P42.** ¿Tiene usted fe de que hay un ser supremo que atiende a sus necesidades personales y que lleva el control de su vida?

Siempre.  Casi siempre.  Casi nunca.  Nunca

**P43.** Indique la religión que practica. \_\_\_\_\_

## Anexo No 11. PLAN PILOTO

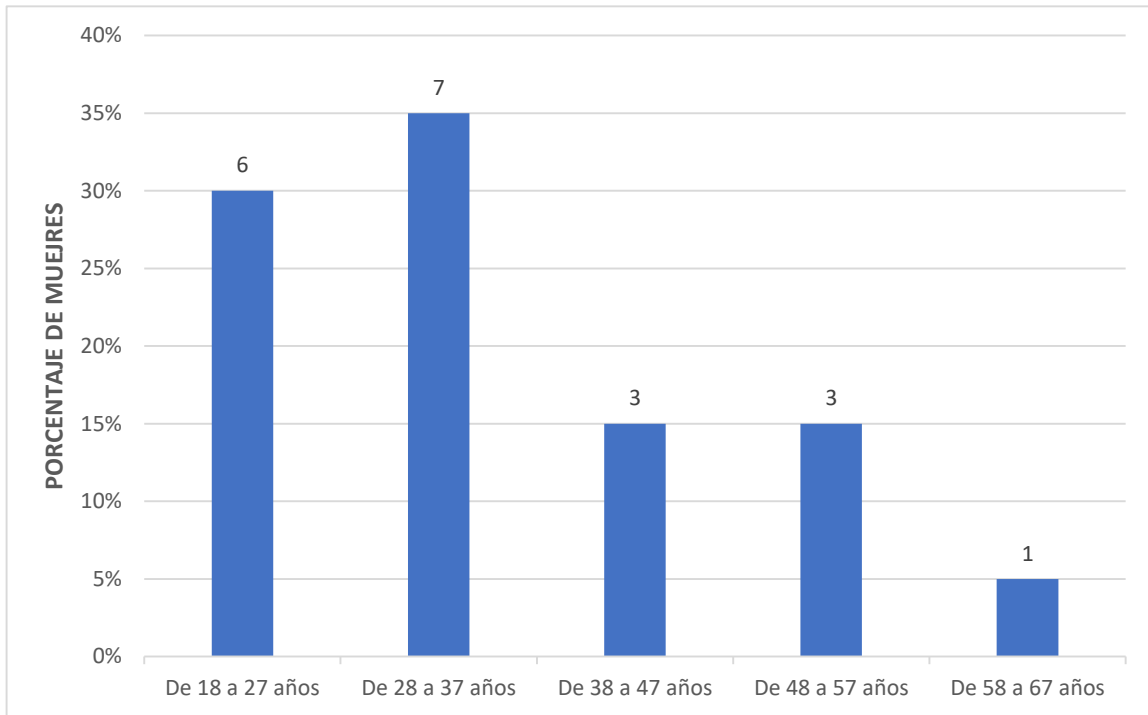


Figura N°1 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según edad. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

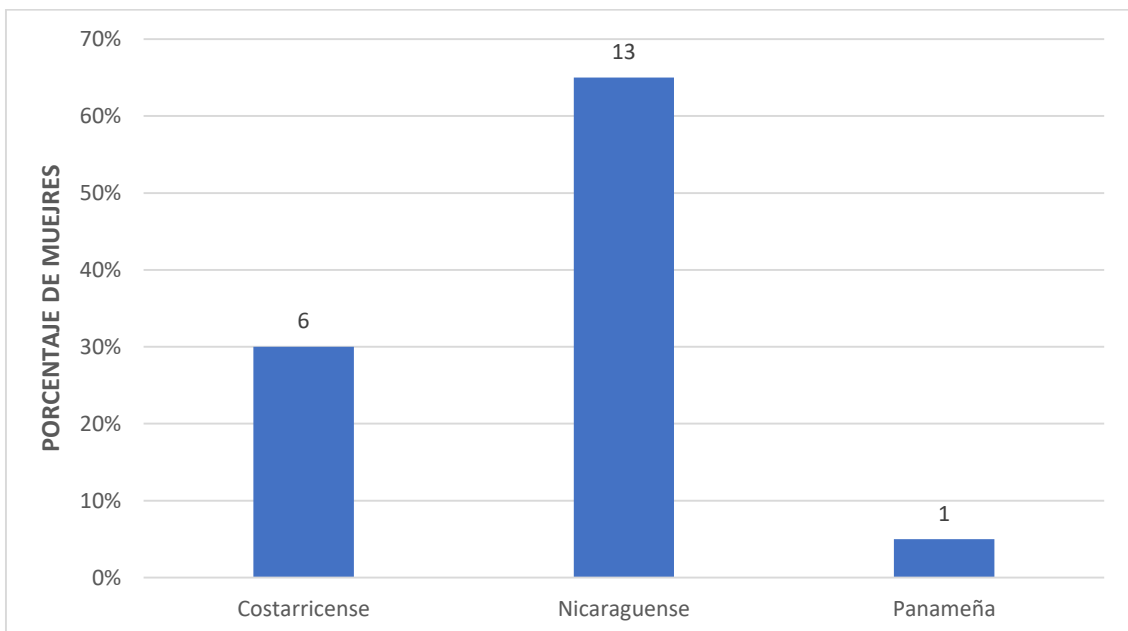


Figura N°2 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según nacionalidad. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

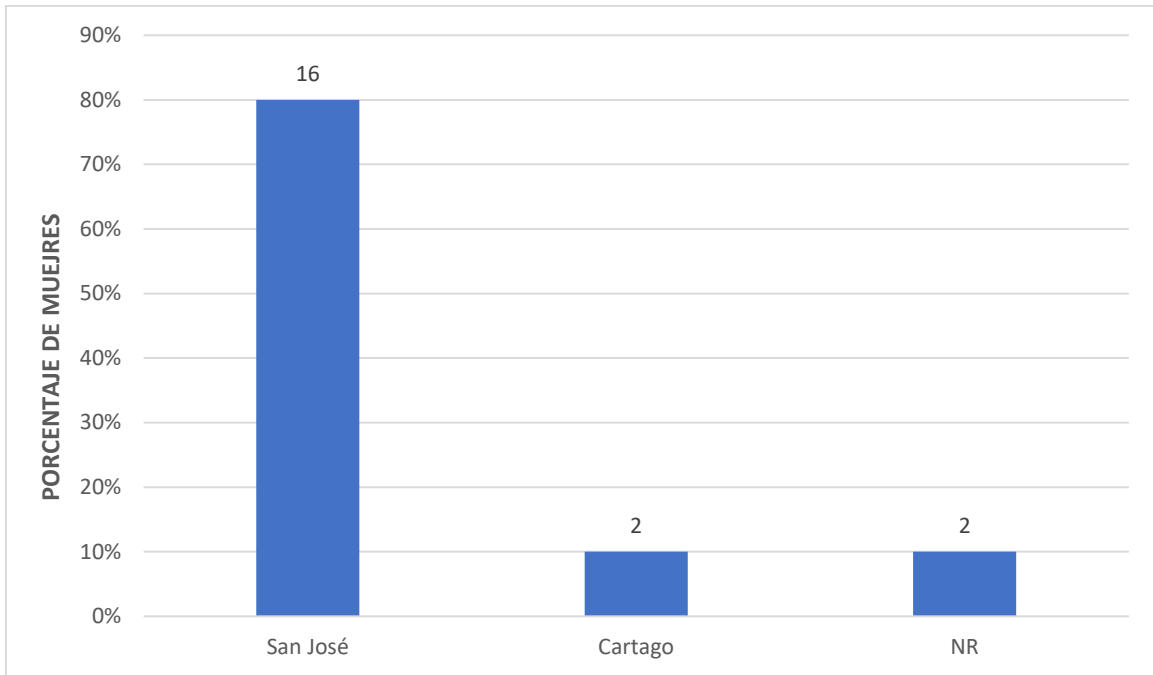


Figura N°3 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según provincia. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

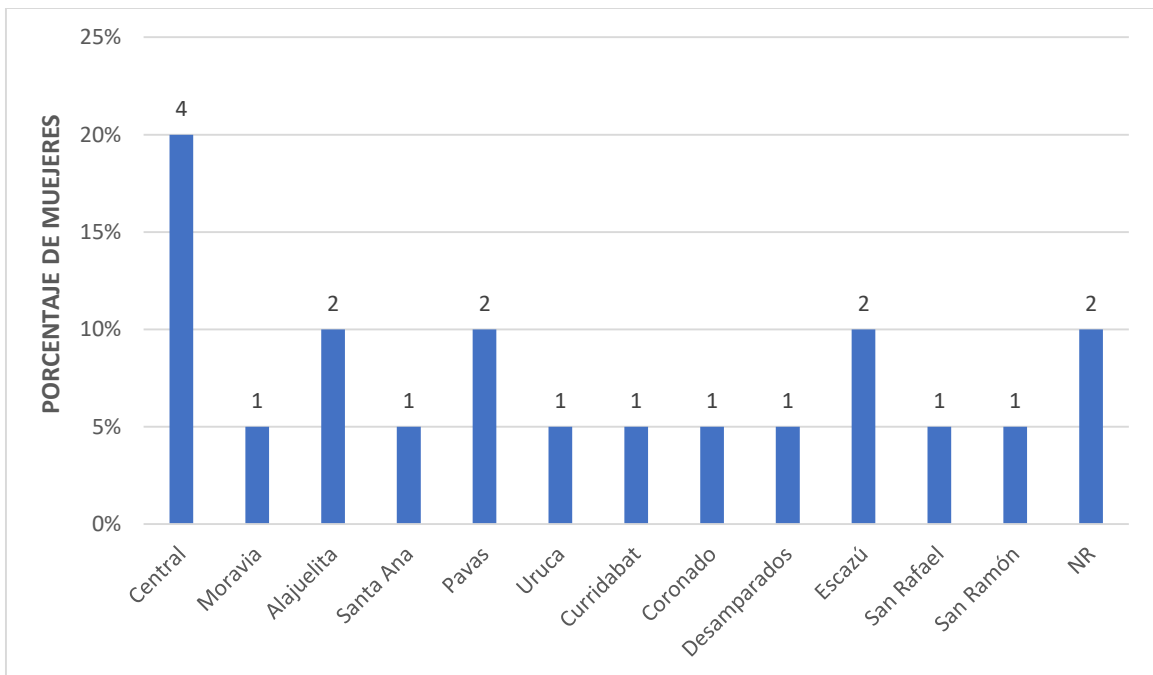


Figura N°4 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según residencia. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

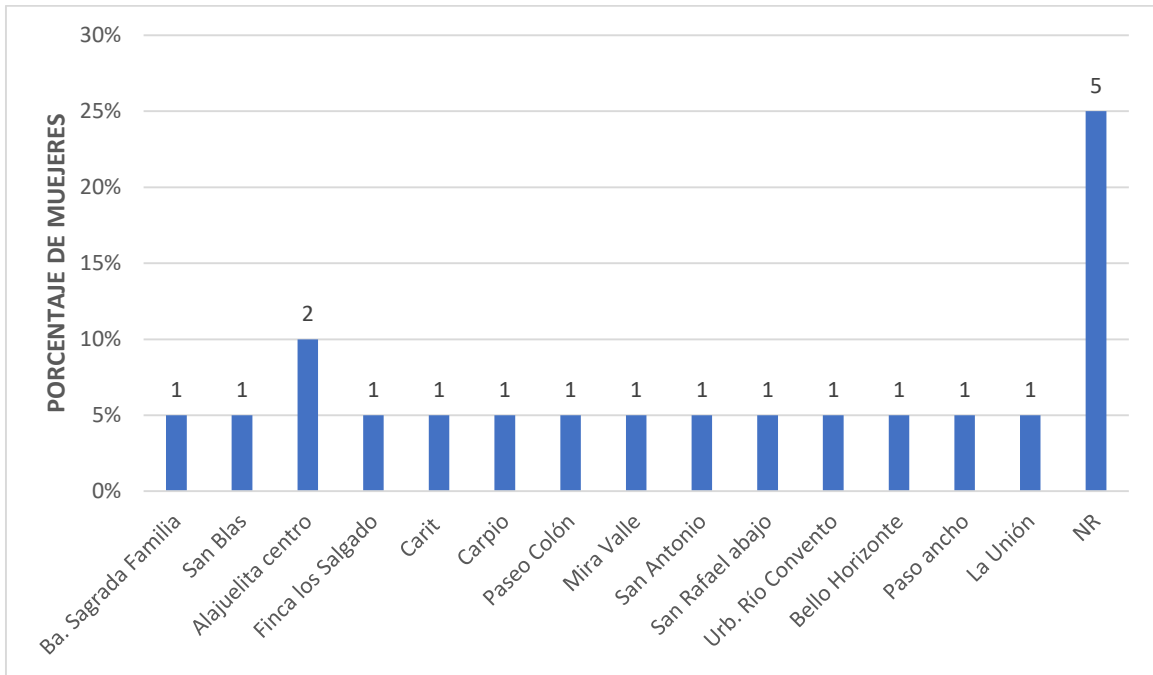


Figura N°5 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según residencia. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

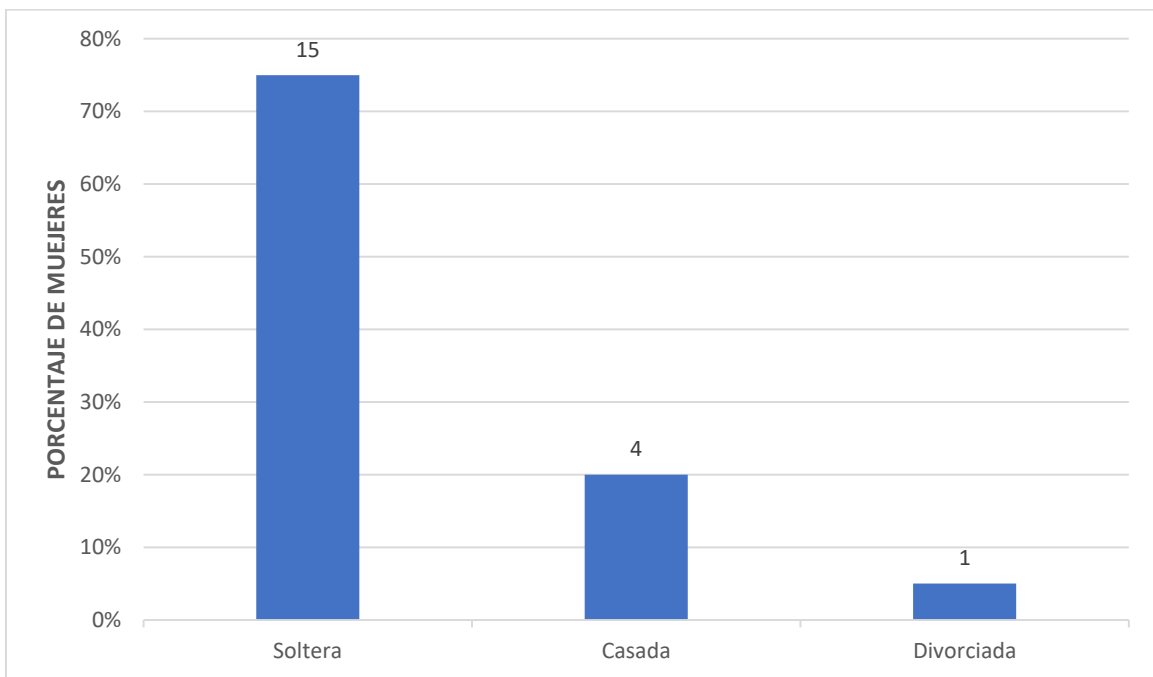
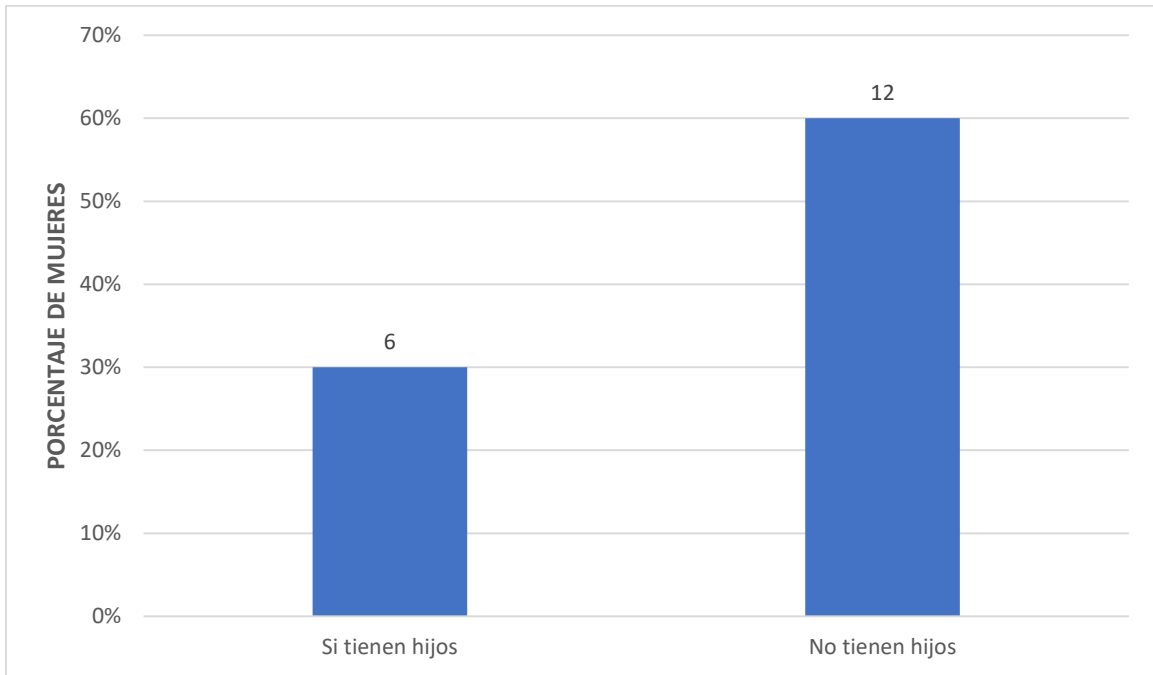
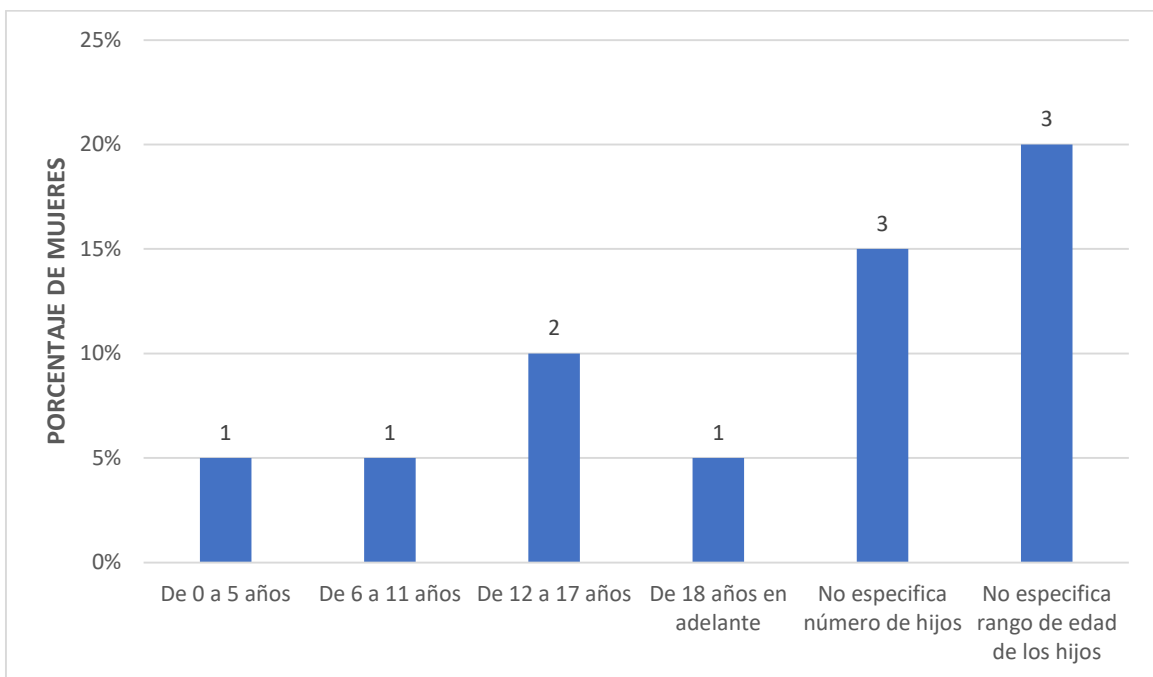


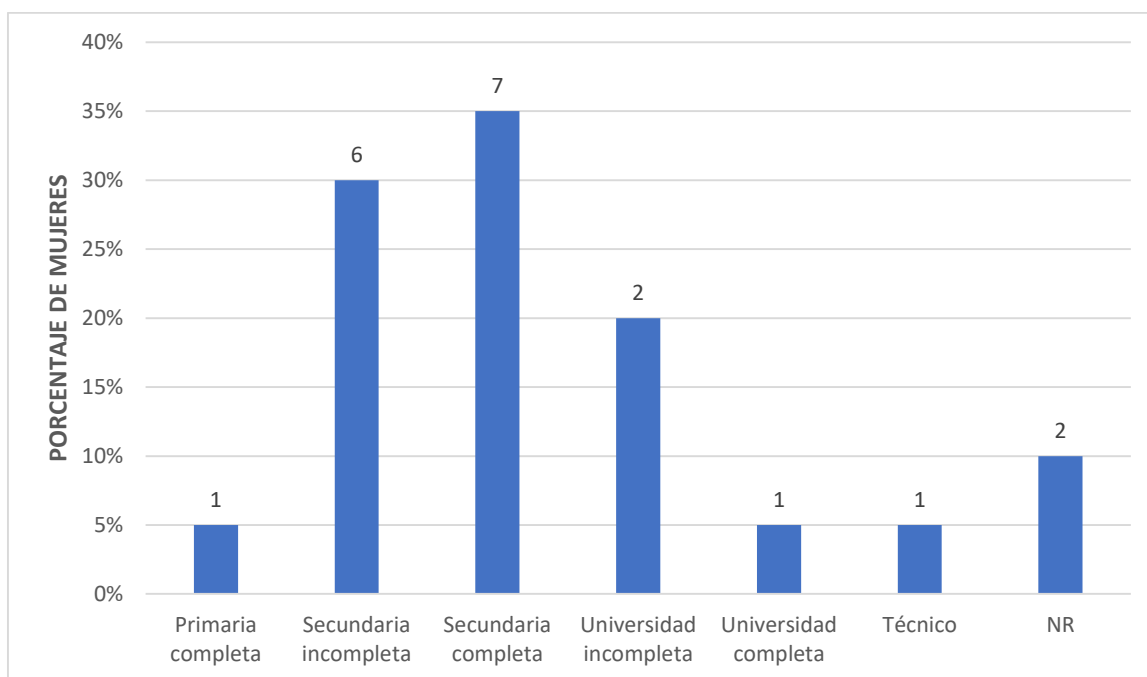
Figura N°6 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según estado civil. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.



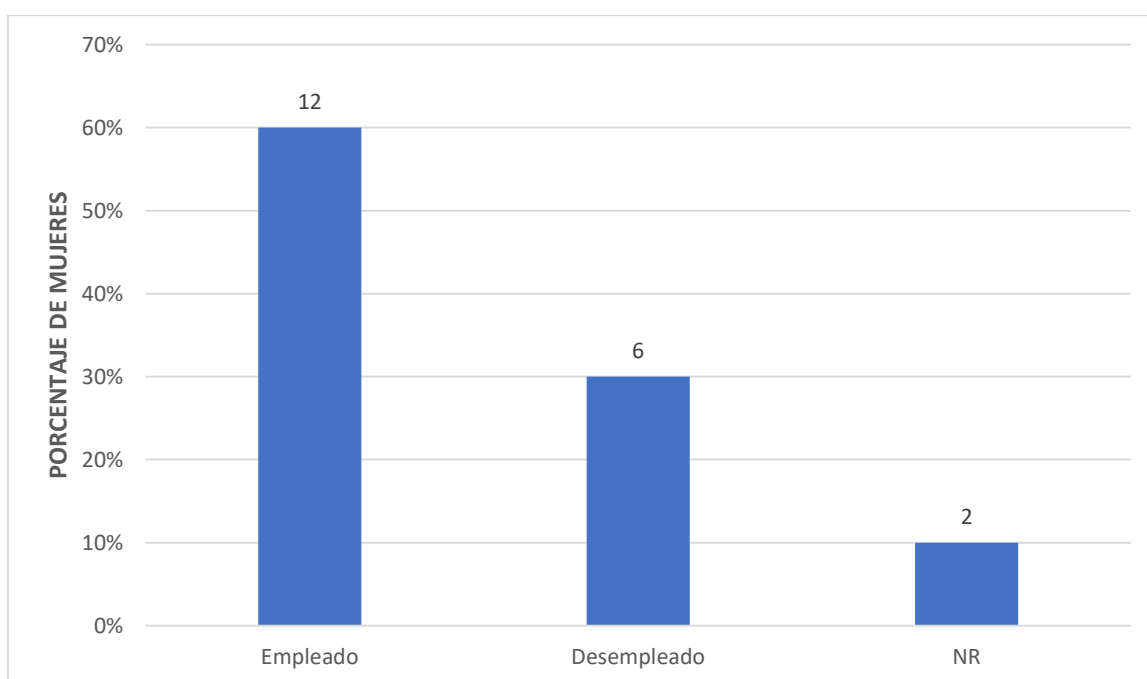
*Figura N°7 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según si tienen hijos o no. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*



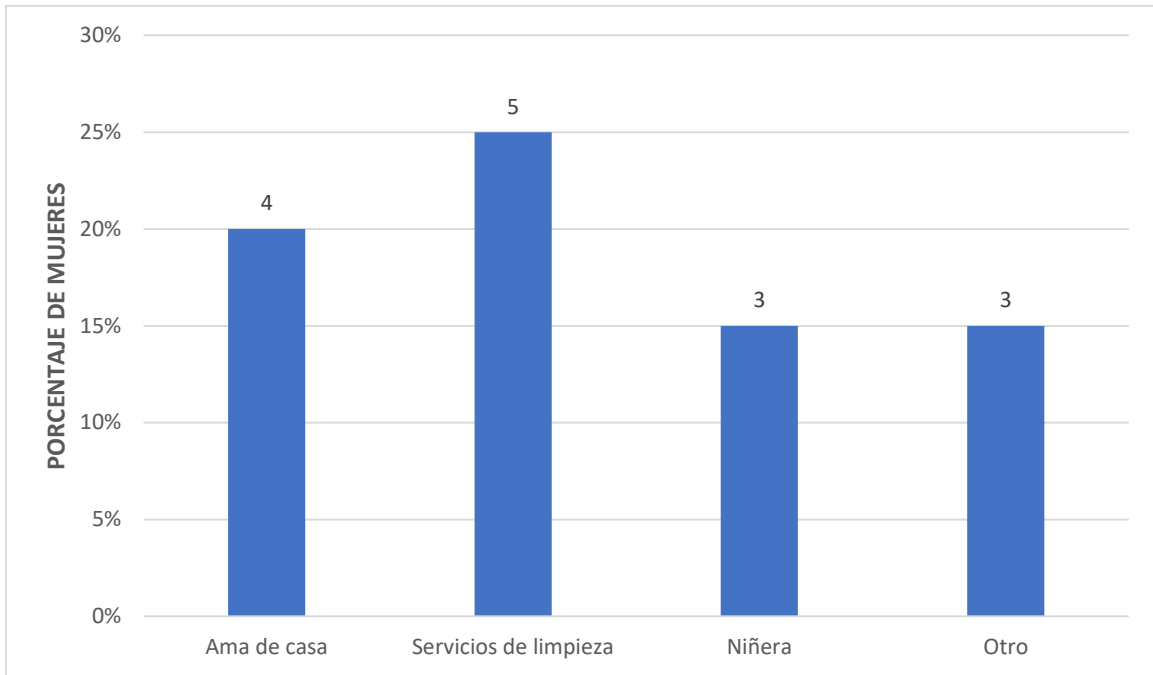
*Figura N°8 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según el grupo de edad al cual pertenecen sus hijos. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*



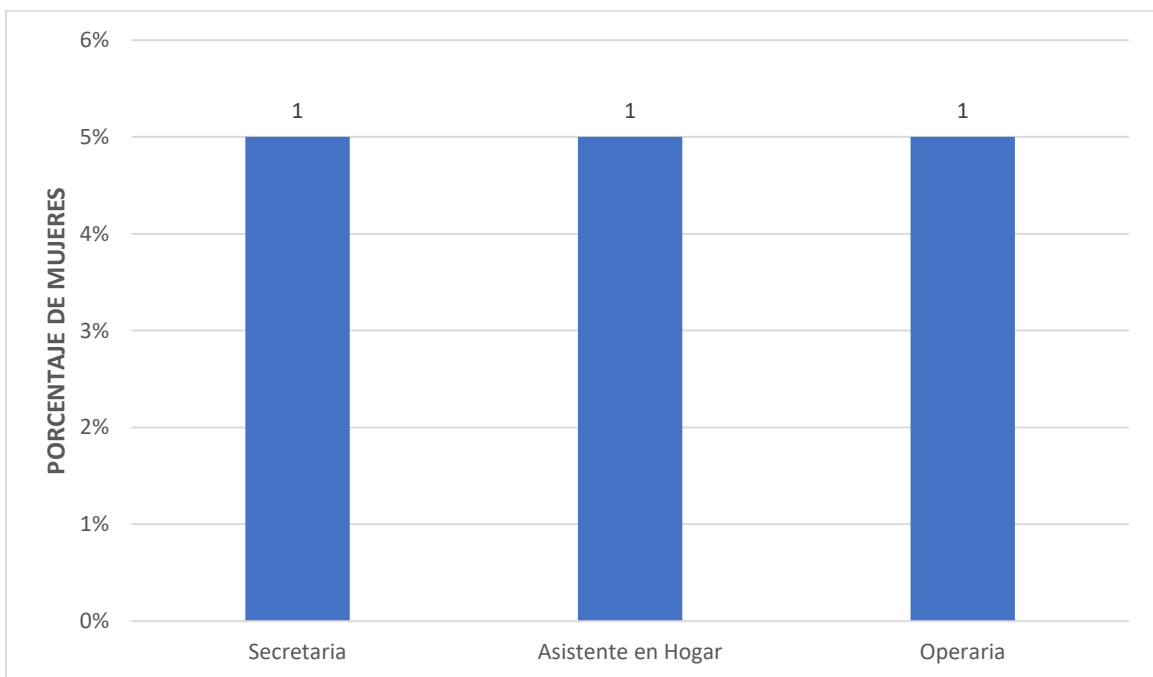
*Figura N°9 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según nivel de escolaridad. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*



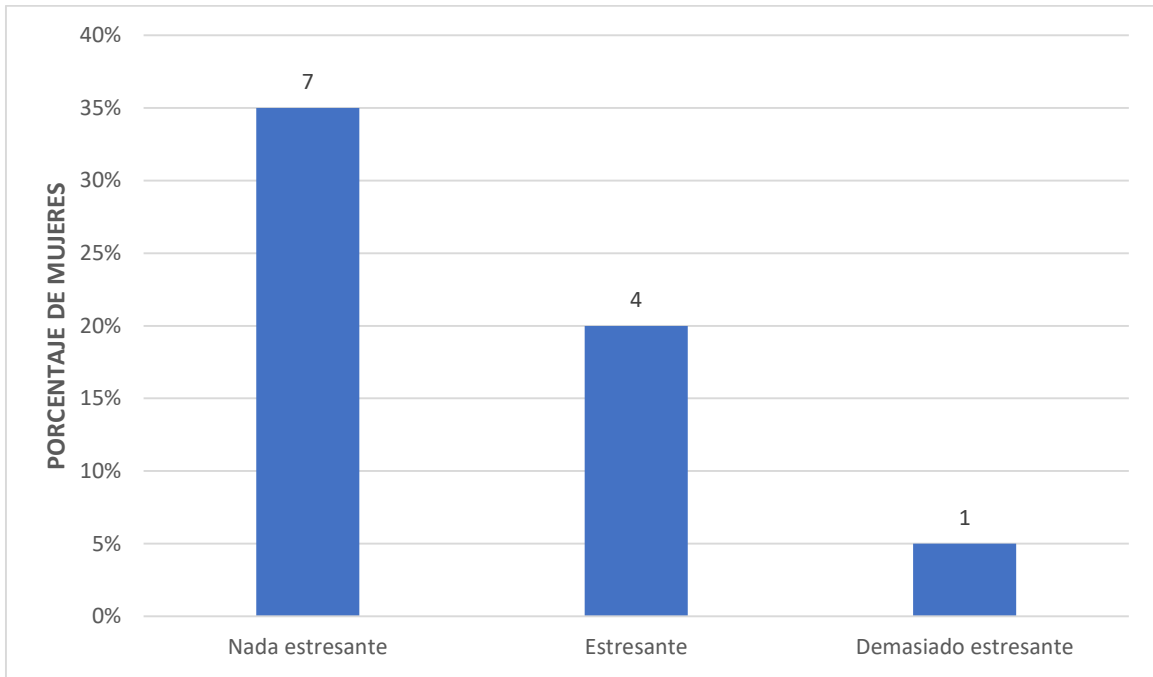
*Figura N°10 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según la condición laboral actual. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*



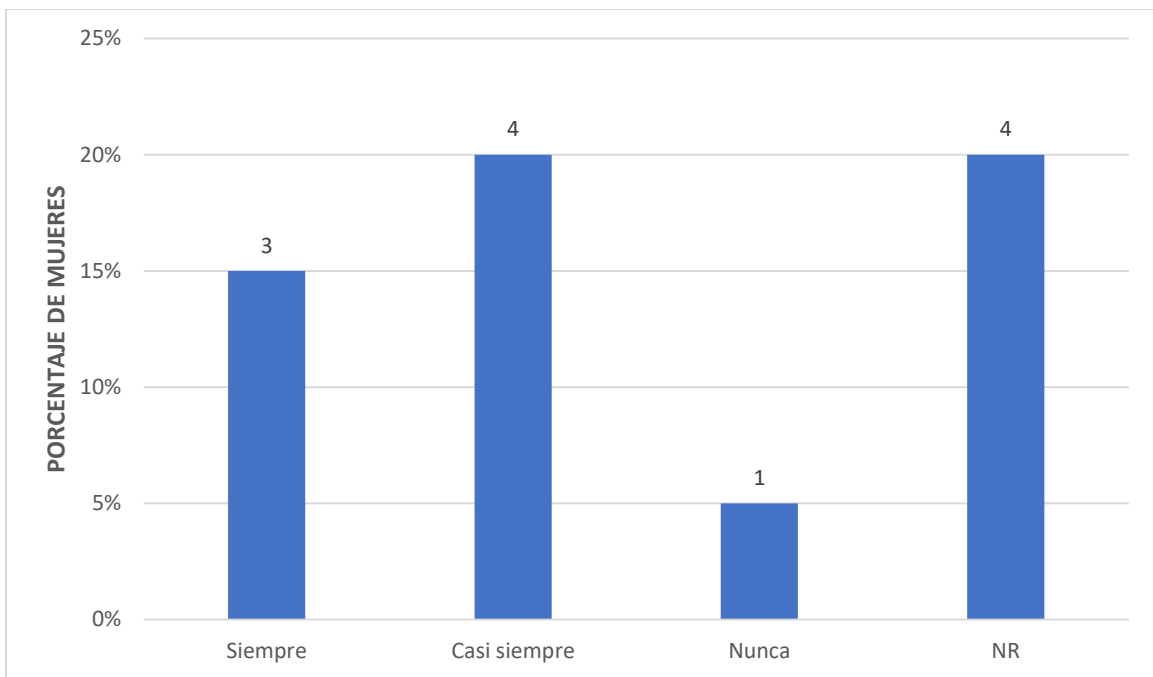
*Figura N°11 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según su trabajo actual. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*



*Figura N°12 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según su trabajo actual en la clasificación de otros. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*



*Figura N°13 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según el grado de estrés laboral. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*



*Figura N°14 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según frecuencia de como el estrés afecta otros aspectos de la vida. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*

Tabla N°1

Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según el tipo de discriminación que han experimentado. CECAMMM, 2018.

Tipo de discriminación	Valor absoluto	%
Por ser mujer	3	15 %
Por nacionalidad	7	35 %
Por credo religioso	1	5 %
Por orientación sexual	1	5 %
Por ingresos económicos	4	20 %
Por apariencia personal	2	10 %
Otro tipo de discriminación	1	5 %
NR	5	25 %

Fuente: elaboración propia, 2018.

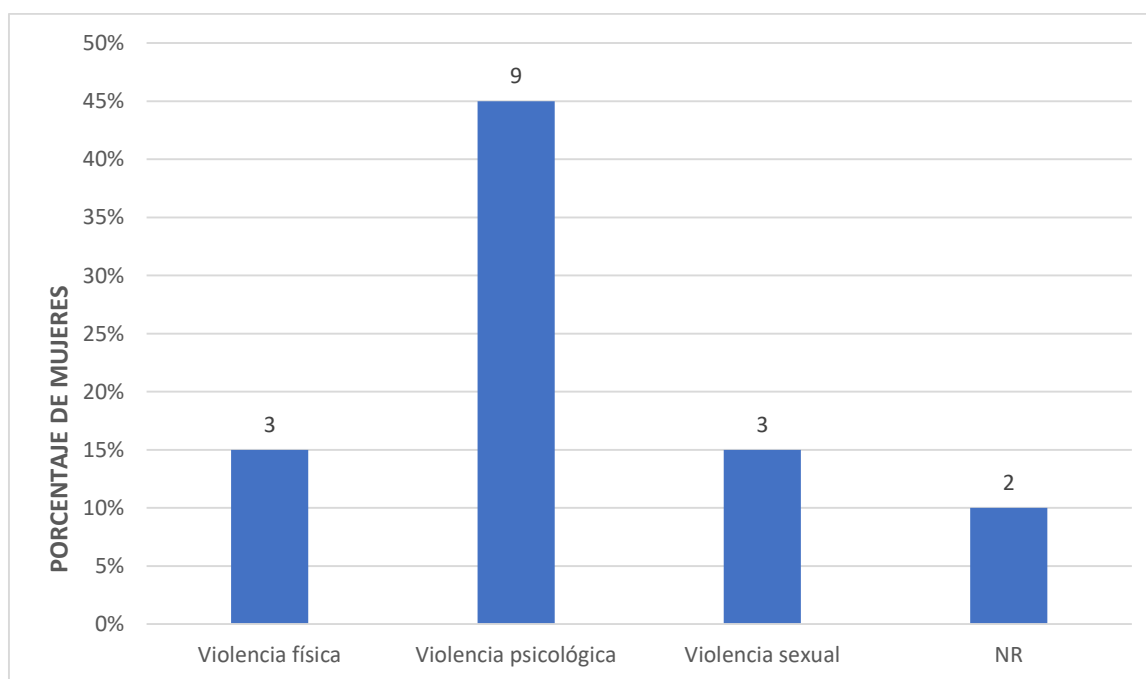
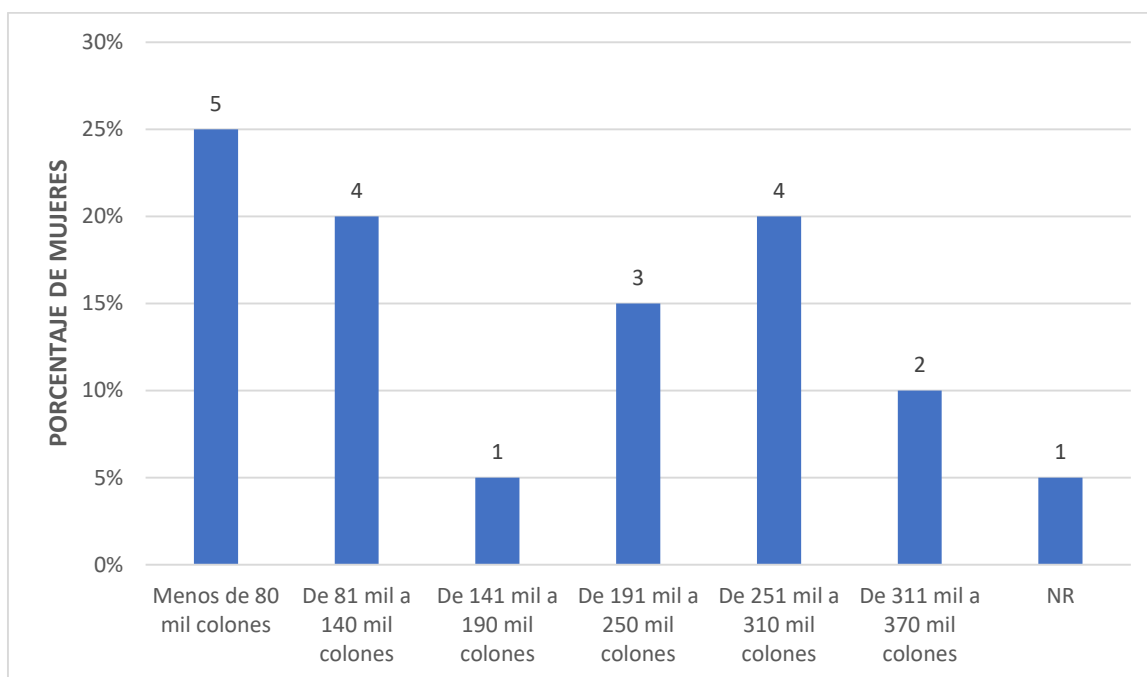
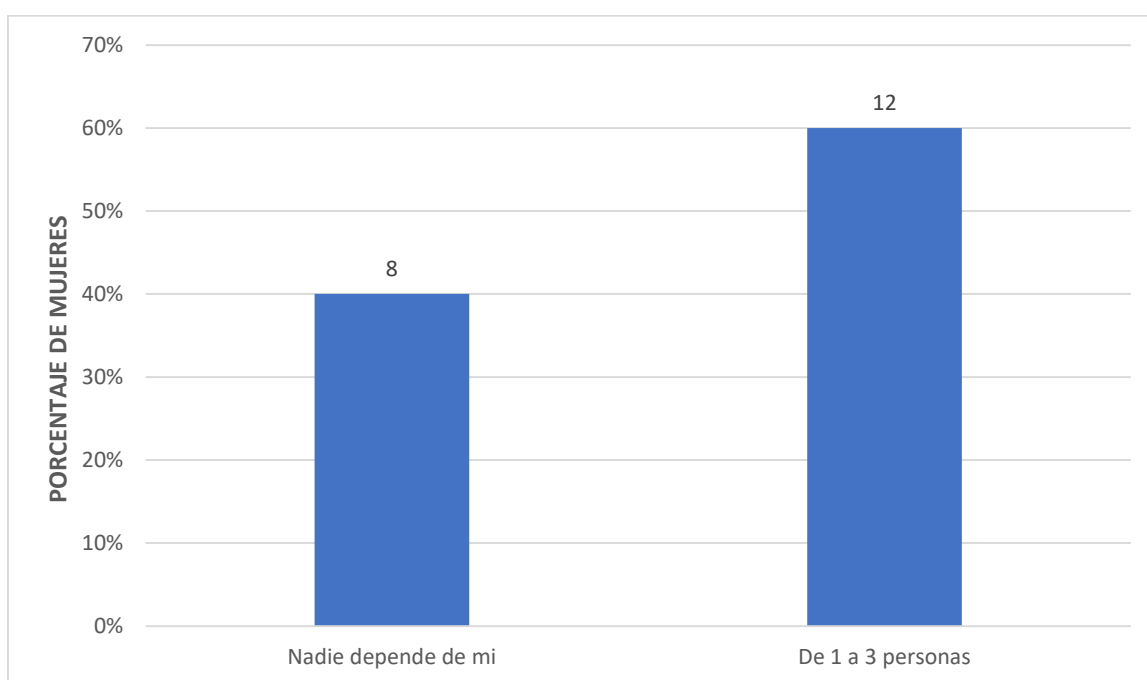


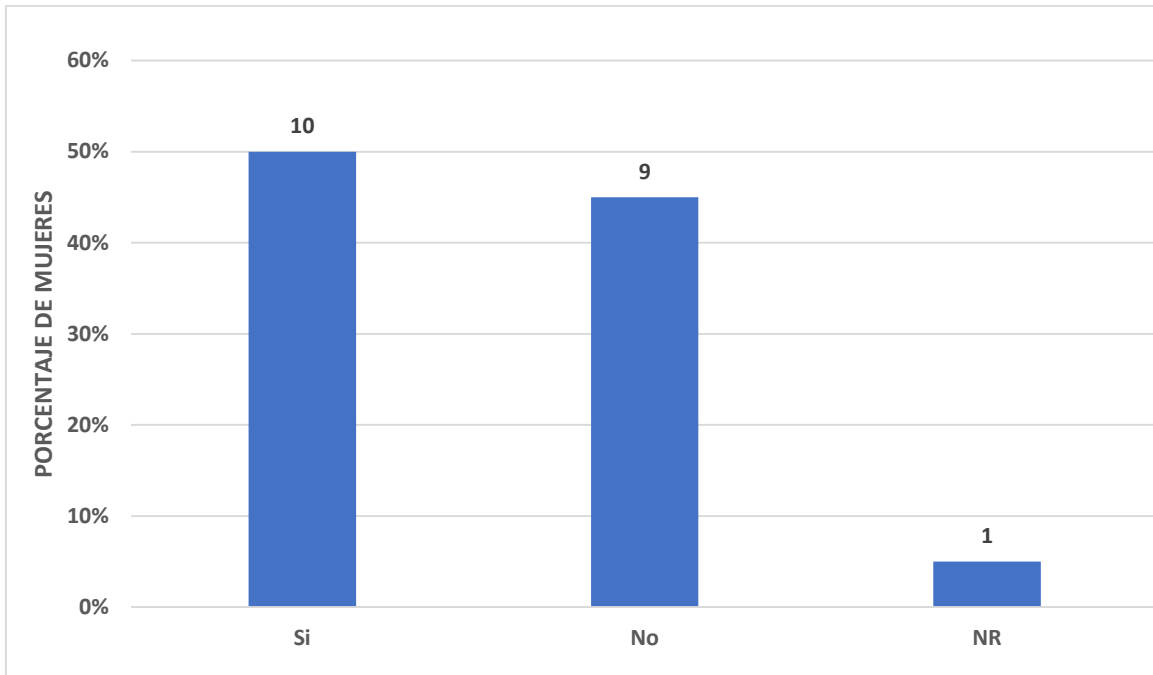
Figura N°15 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según el tipo de violencia que han sufrido. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.



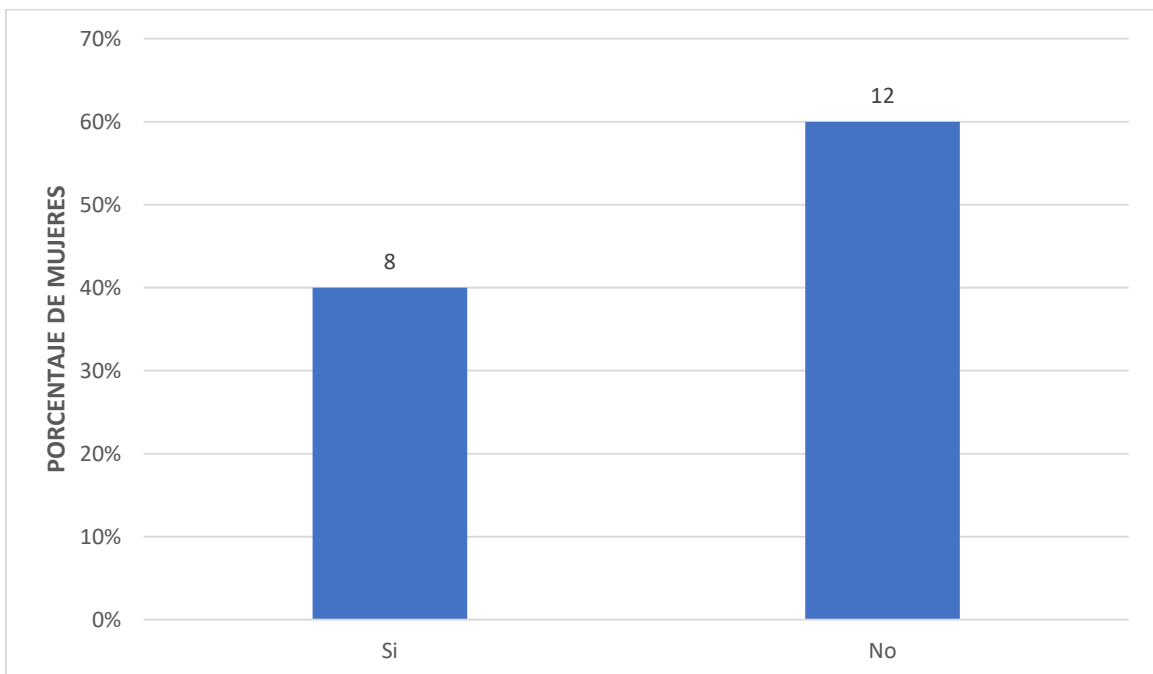
*Figura N°16 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según el ingreso económico mensual. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*



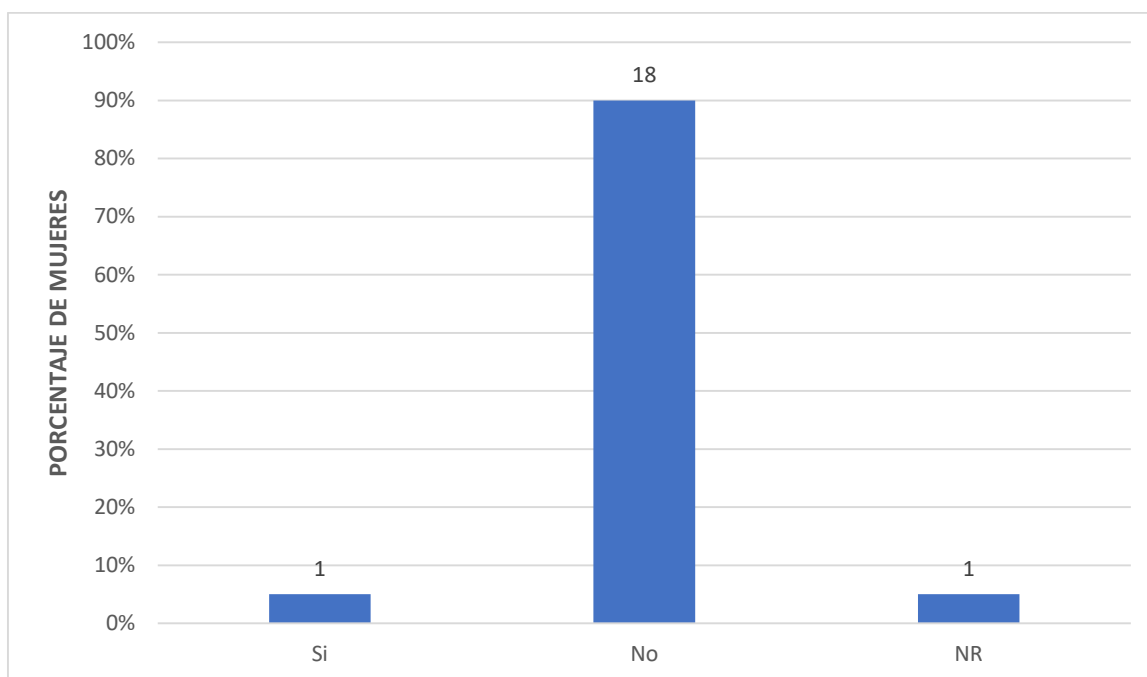
*Figura N°17 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según el número de personas que dependen económicamente de ellas. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*



*Figura N°18 Distribución porcentual del total de mujeres participantes según si sus ingresos económicos son necesarios para satisfacer sus necesidades económicas y familiares. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*



*Figura N°19 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según la obtención de apoyo económico por parte de terceros. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*



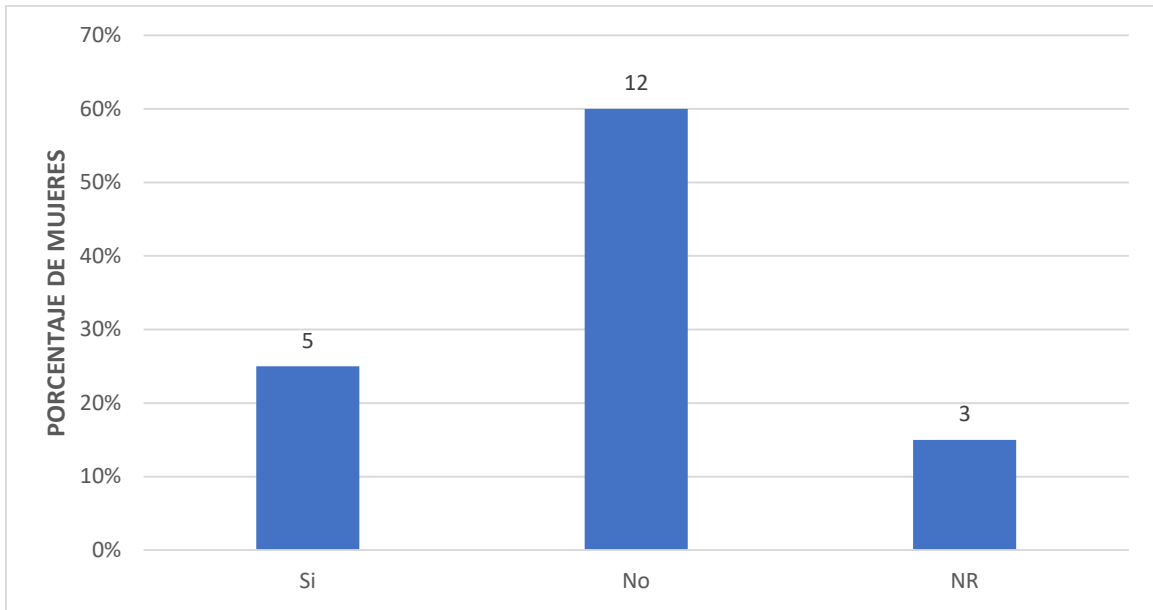
*Figura N°20 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según la obtención de algún tipo de ayuda social. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*

*Tabla N°2*

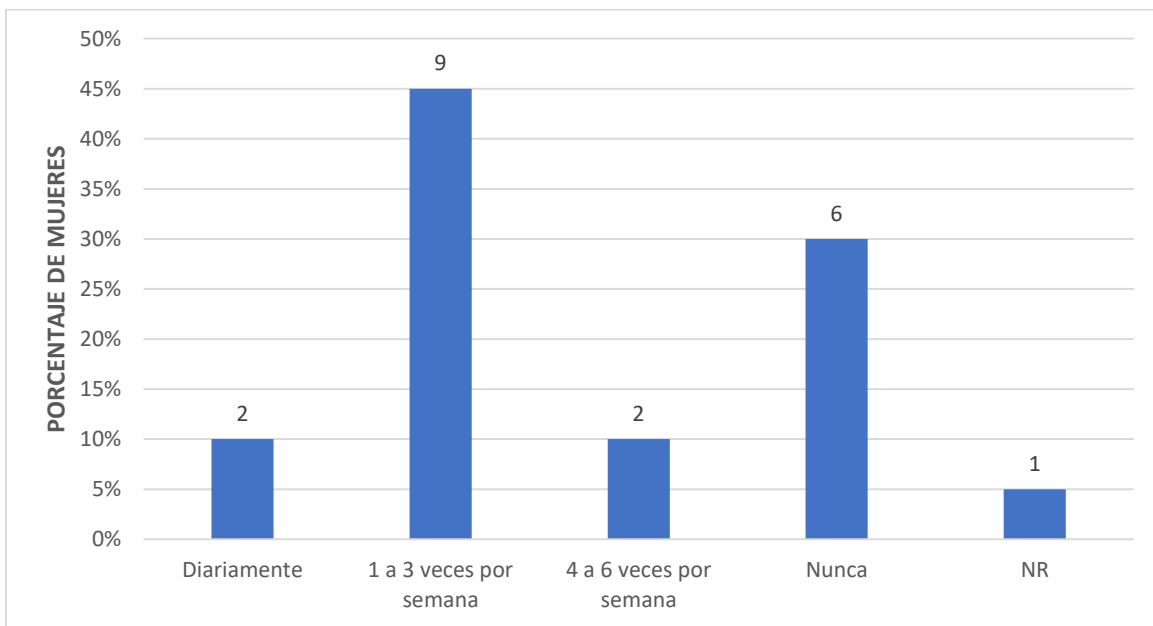
*Frecuencia de consumo de drogas o psicoactivos en mujeres participantes de la investigación. CECAMMM, 2018.*

Frecuencia	Alcohol		Medicamentos		Ninguna		Otra		NR	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Diariamente	-	-	2	10	12	6	1	5	1	5
				%		0		%		%
1-2 veces a la semana	1	5	2	10	-	-	-	-	-	-
		%		%						
3-5 veces a la semana	-	-	1	5	-	-	-	-	-	-
				%						
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>25</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
		%		%		<b>0</b>		%		%
						%				

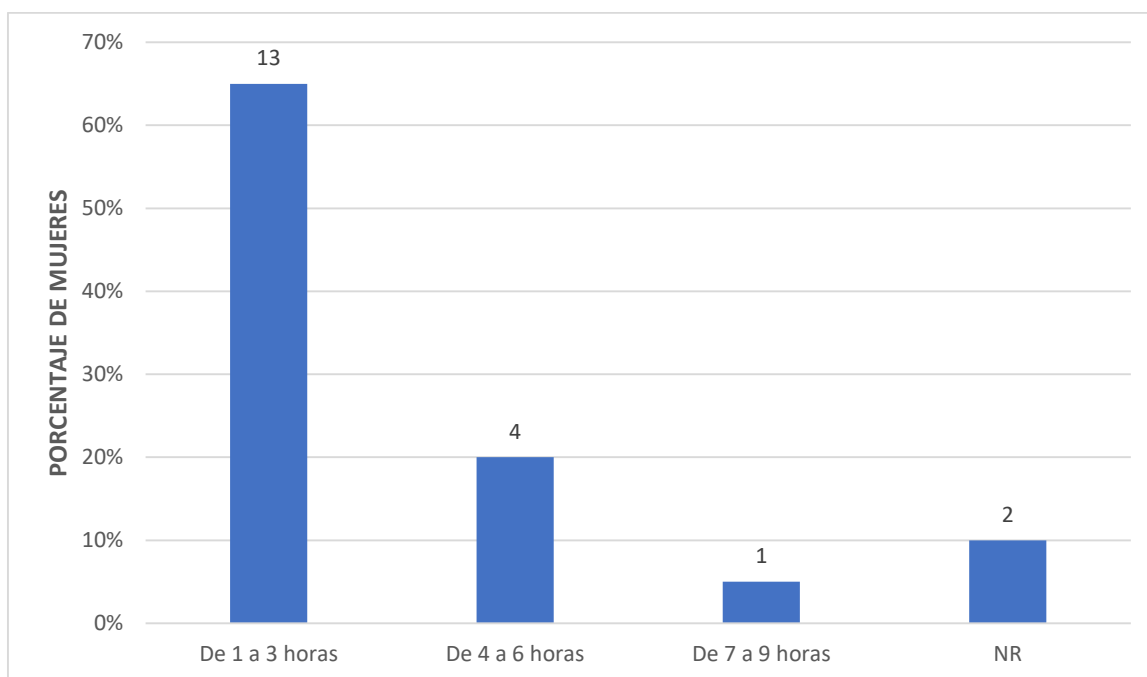
*Fuente: elaboración propia, 2018.*



*Figura N°21 Distribución porcentual del total de mujeres participantes según la necesidad del consumo de drogas o psicoactivos para sentirse bien consigo mismas. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*



*Figura N°22 Distribución porcentual del total de mujeres participantes según la frecuencia con que realizan actividad física. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*



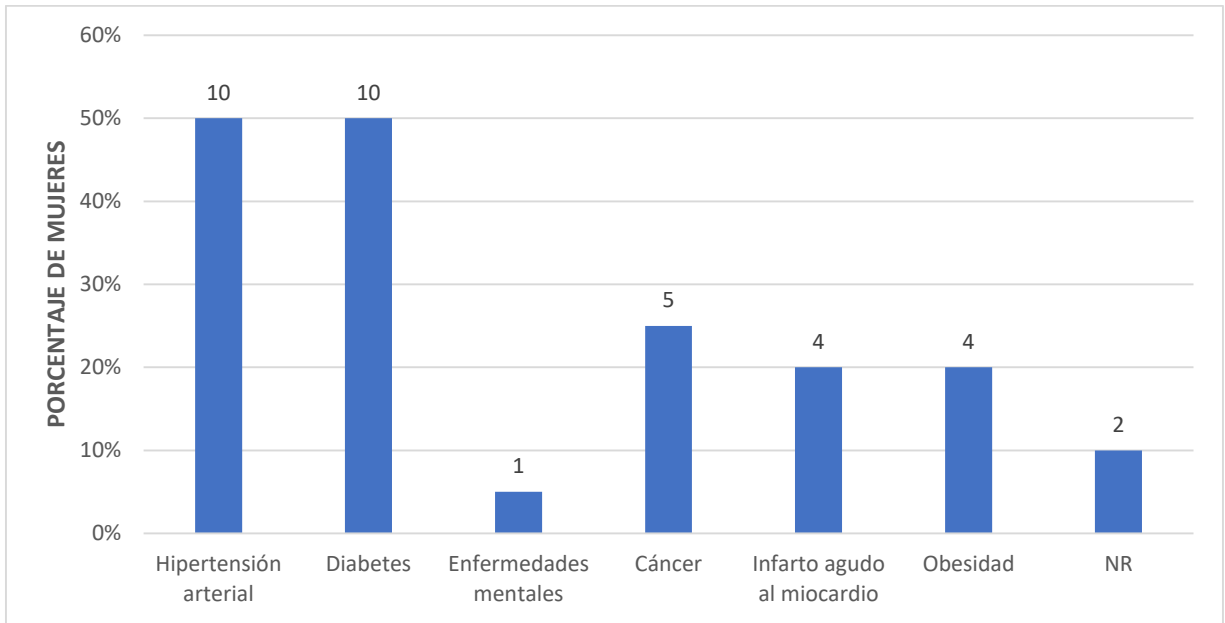
*Figura N°23 Distribución porcentual del total de mujeres participantes según el número de horas que permanecen sentadas al día. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*

*Tabla N°3*

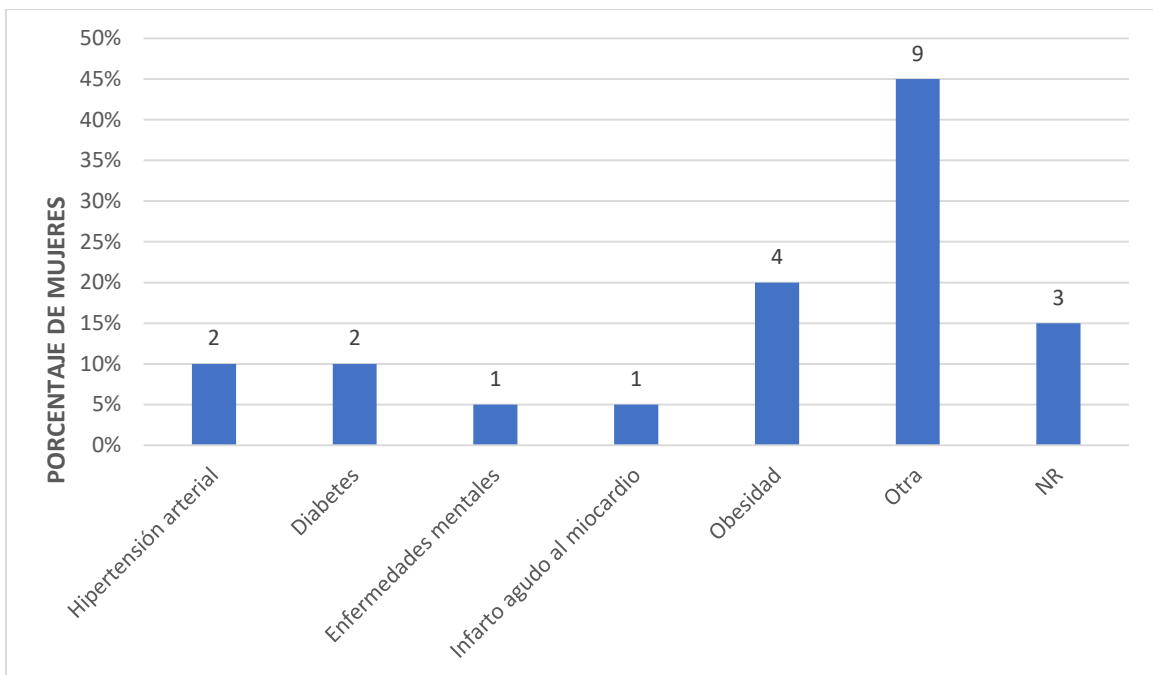
*Síntomas presentes en mujeres participantes de la investigación, CECAMMM, 2018.*

<b>Síntoma</b>	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>
Pensamientos obsesivos	4	20 %
Sentimientos de tristeza	12	60 %
Falta de interés	7	35 %
Sensación de nerviosismo	2	10 %
Miedos desmedidos	2	10 %
Estado de ánimo decaído	10	50 %
Revivir experiencias traumáticas	3	15 %
Cansancio excesivo	8	40 %
Comer en exceso	4	20 %
Dejar de comer	3	15 %

*Fuente: elaboración propia, 2018.*



*Figura N°24 Distribución porcentual del total de mujeres participantes según enfermedades que padece su familia. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*



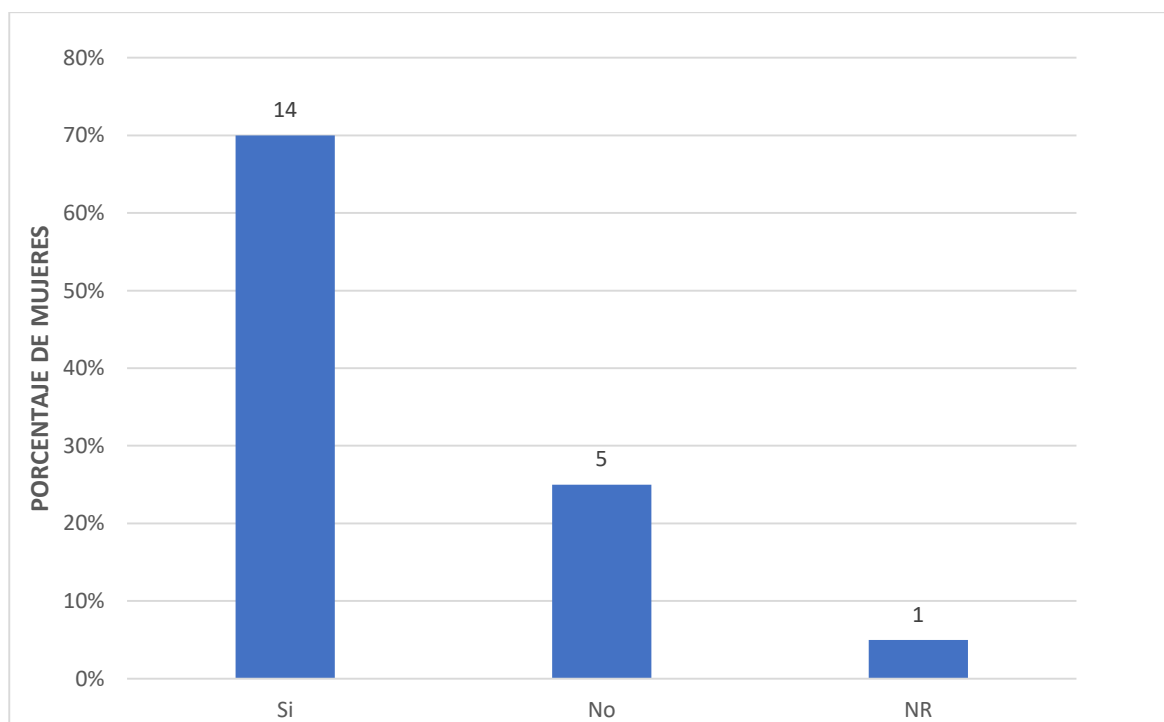
*Figura N°25 Distribución porcentual del total de mujeres participantes según las enfermedades que padecen. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*

*Tabla N°4*  
*Frecuencia de consumo de tiempos de alimentación en mujeres*  
*participantes de la investigación.*

*CECAMMM, 2018.*

Tiempo de alimentación	Siempre		Casi siempre		Casi nunca		Nunca		NR		Total	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Desayuno	16	80	4	20	-	-	-	-	-	-	20	100
Merienda mañana	2	10	2	10	3	15	6	30	7	35	20	100
Almuerzo	15	75	5	25	-	-	-	-	-	-	20	100
Merienda tarde	6	30	2	10	1	5	5	25	6	30	20	100
Cena	14	70	5	25	1	5	-	-	-	-	20	100
Merienda noche	1	5	1	5	1	5	8	40	9	45	20	100

*Fuente: elaboración propia, 2018.*



*Figura N°26 Distribución porcentual del total de mujeres participantes según la asistencia a algún centro de salud. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*

Tabla N°5

Distribución porcentual del total de mujeres según la frecuencia con que se realizan exámenes médicos.

CECAMMM,2018

Tipo de examen	Una vez al mes		De 1 a 3 veces al año		Más de 3 veces al año		Cada 2 años		Nunca		NR		Total	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Auto examen de mamas	4	20%	2	10%	-	-	-	-	7	35%	7	35%	20	100%
Papanicolaou	1	5%	6	30%	-	-	5	25%	5	25%	3	15%	20	100%
Examen médico de rutina	2	10%	9	45%	-	-	1	5%	5	25%	3	15%	20	100%
Examen de sangre	2	10%	9	45%	-	-	2	10%	4	20%	3	15%	20	100%
Examen de heces	-	-	6	30%	-	-	3	15%	5	25%	6	30%	20	100%
Examen de orina	-	-	8	40%	1	5%	2	10%	4	20%	5	25%	20	100%

Fuente: elaboración propia, 2018.

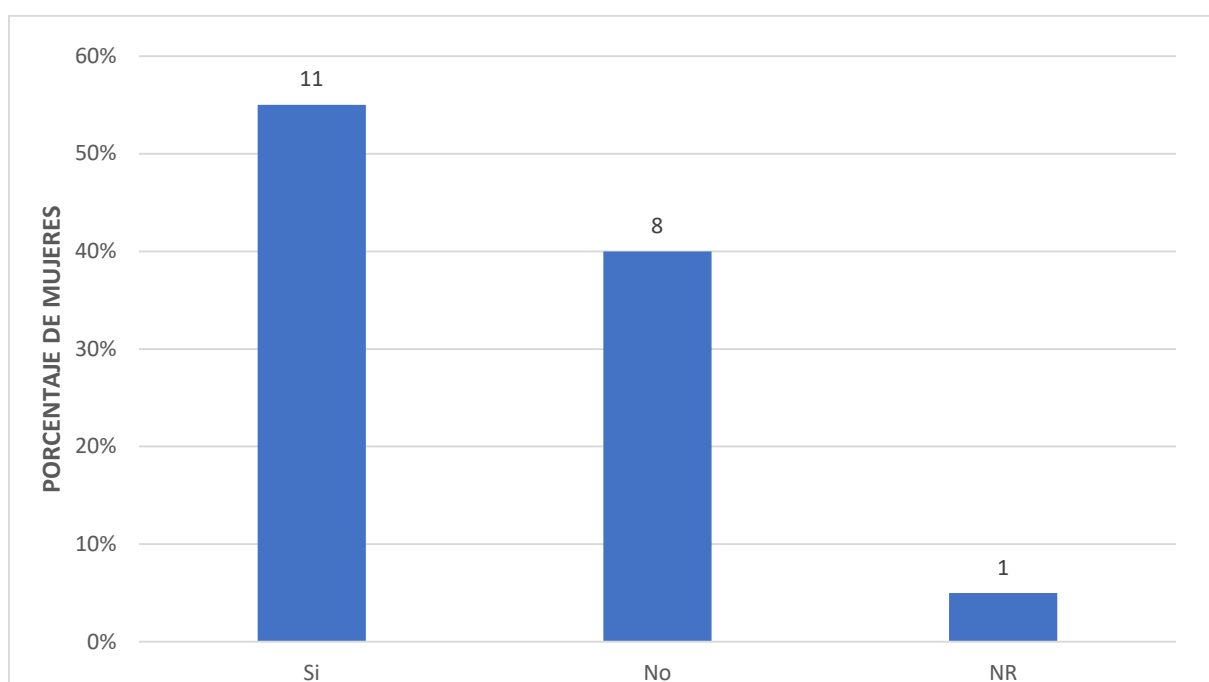


Figura N°27 Distribución porcentual del total de mujeres participantes según si mantienen energía para realizar las actividades cotidianas. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

Tabla N°6

Cantidad de horas de sueño que duermen por las noches y frecuencia con la que lo realizan en mujeres participantes de la investigación, CECAMMM, 2018.

Número de horas	Siempre (todas las 7 noches)		Casi siempre (más de 4 veces a la semana)		Casi nunca (de 1 a 3 veces por semana)		Nunca		NR		Total	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Menos de 5 horas	2	10 %	0	-	0	-	2	10 %	16	80 %	20	100 %
De 6 a 8 horas	14	70 %	5	25 %	0	-	0	-	1	5 %	20	100 %

Más de 8 horas	1	5 %	0	-	1	5 %	1	5 %	17	85	<b>20</b>	<b>10</b>
										%		<b>0</b>
												<b>%</b>

Fuente: elaboración propia, 2018.

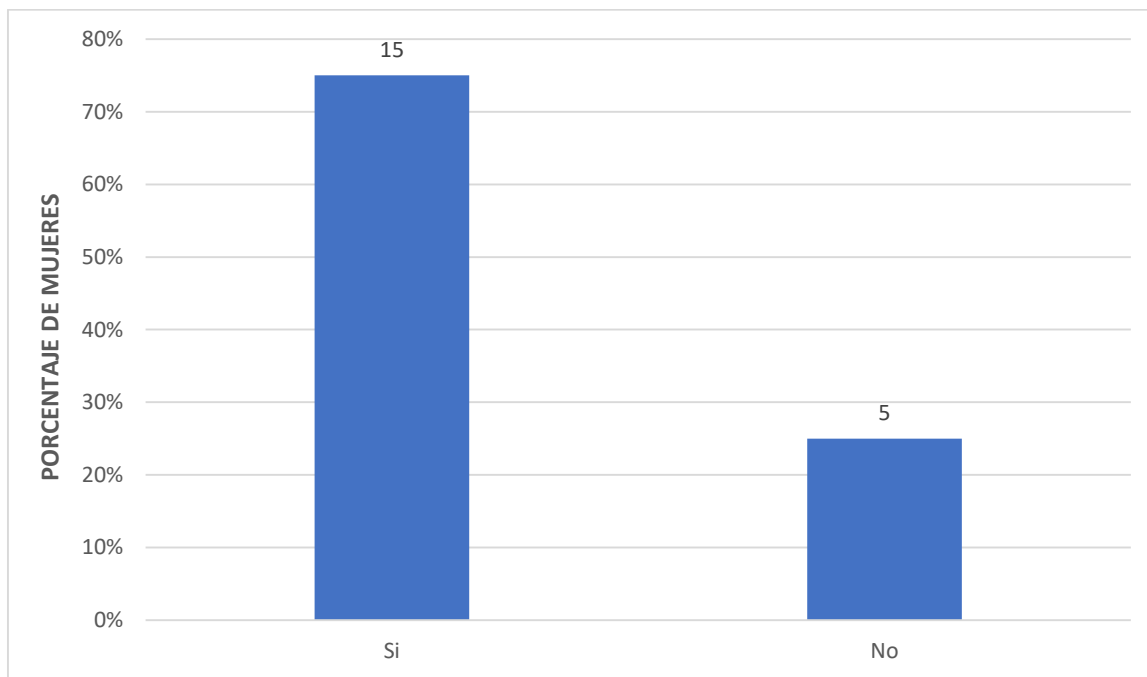


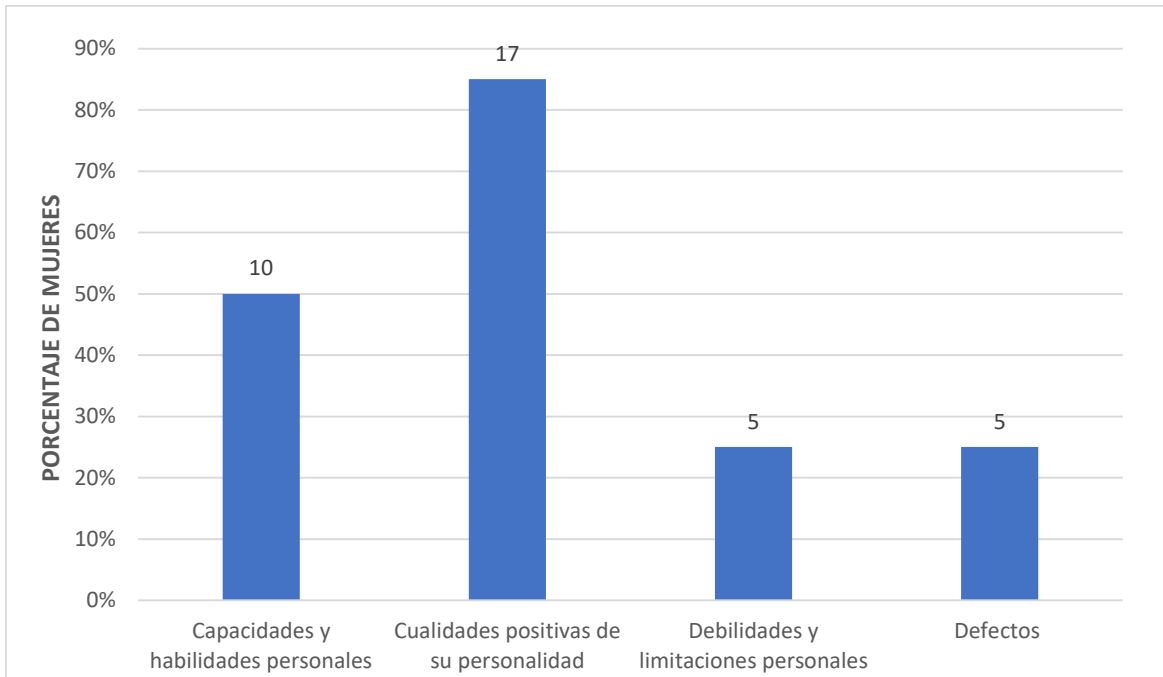
Figura N°28 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según el padecimiento de insomnio. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.

*Tabla No. 7*  
*Distribución porcentual del total de mujeres participantes de la investigación según lo que refieren de ellas mismas,*  
*CECAMMM, 2018.*

Situaciones personales	Siempre		Casi siempre		Casi nunca		Nunca		NR		Total	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Se siente descansada al despertar	3	15 %	10	50 %	6	30 %	1	5 %	-	-	20	100 %
Le cuesta trabajo mantener la concentración al realizar cualquier tipo de actividad	1	5 %	9	45 %	8	40 %	2	10 %	-	-	20	100 %
Está satisfecha con su apariencia física	9	45 %	5	25 %	4	20 %	2	10 %	-	-	20	100 %
Tiene la seguridad para realizar las actividades y relacionarse con otros con confianza	10	50 %	4	20 %	6	30 %	-	-	-	-	20	100 %
Tiene capacidad para lograr objetivos y metas personales	6	30 %	13	65 %	-	-	1	5 %	-	-	20	100 %

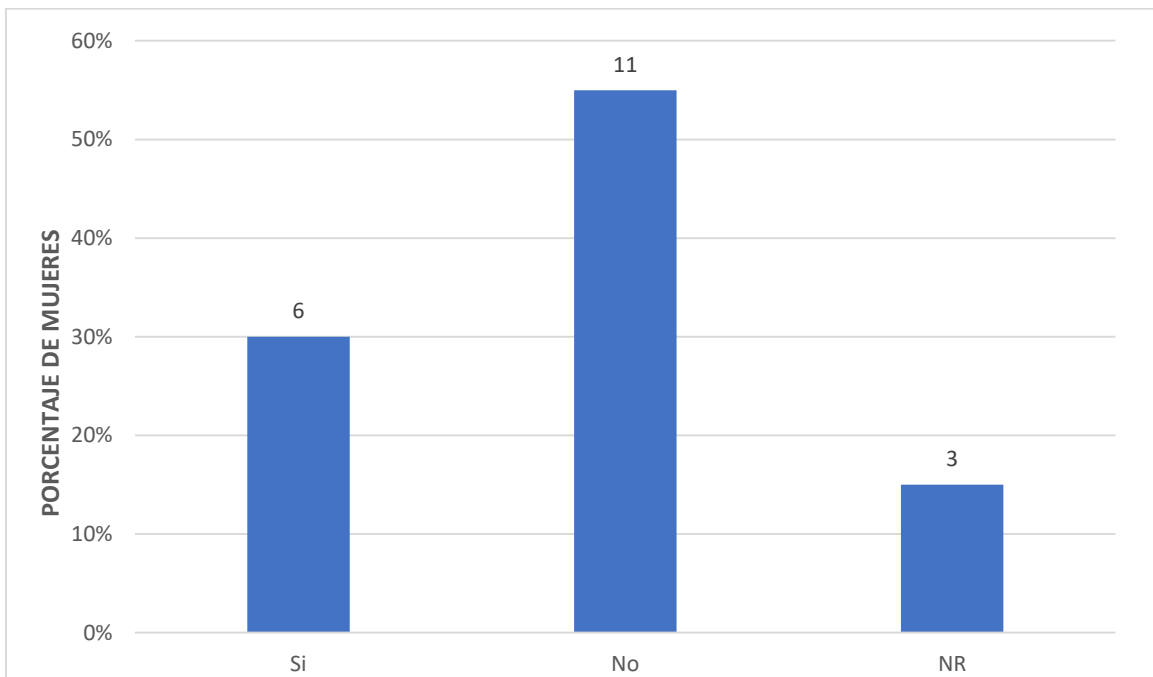
Se considera buena persona	12	60 %	6	30 %	1	5 %	-	-	1	5 %	<b>20</b>	<b>100 %</b>
Se siente satisfecha con su vida sexual	4	20 %	2	10 %	-	-	-	-	-	-	<b>6</b>	<b>30 %</b>
Realiza algún tipo de actividad recreativa	5	25 %	7	35 %	5	25 %	-	-	3	15 %	<b>20</b>	<b>100 %</b>
Tiene fe de que hay un ser supremo	17	85 %	2	10 %	-	-	-	-	1	5 %	<b>20</b>	<b>100 %</b>

*Fuente: elaboración propia, 2018.*



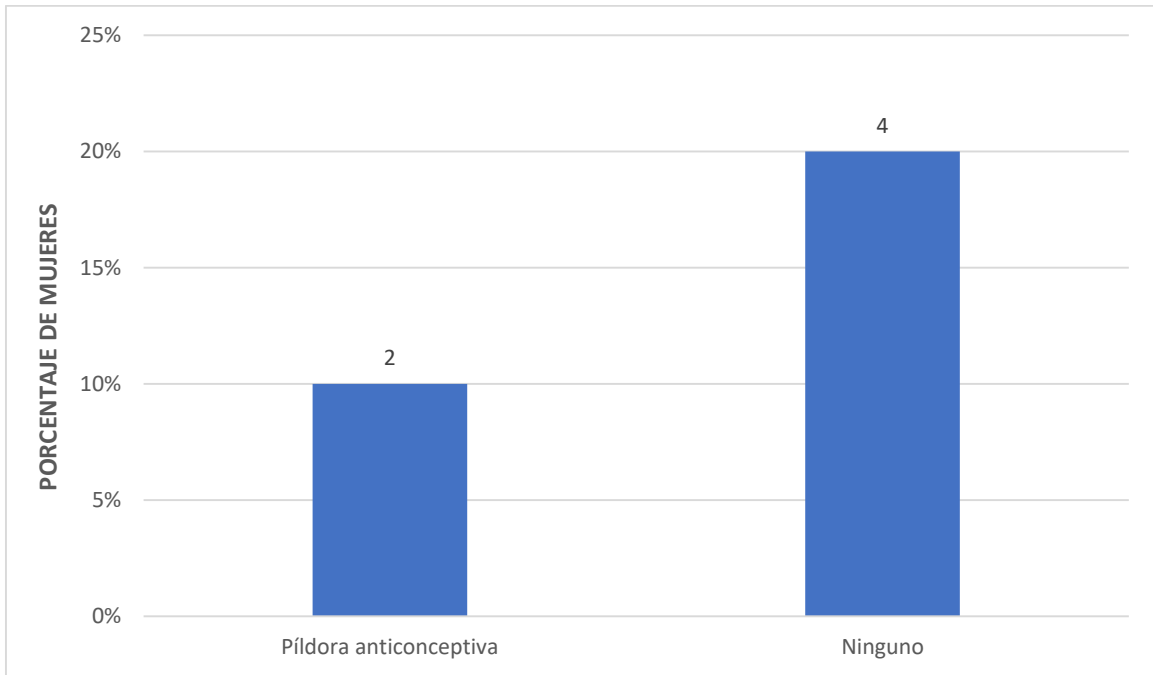
*Figura N°29 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según aspectos personales que logran identificar sobre ellas mismas. CECAMMM, 2018.*

*Fuente: elaboración propia, 2018.*

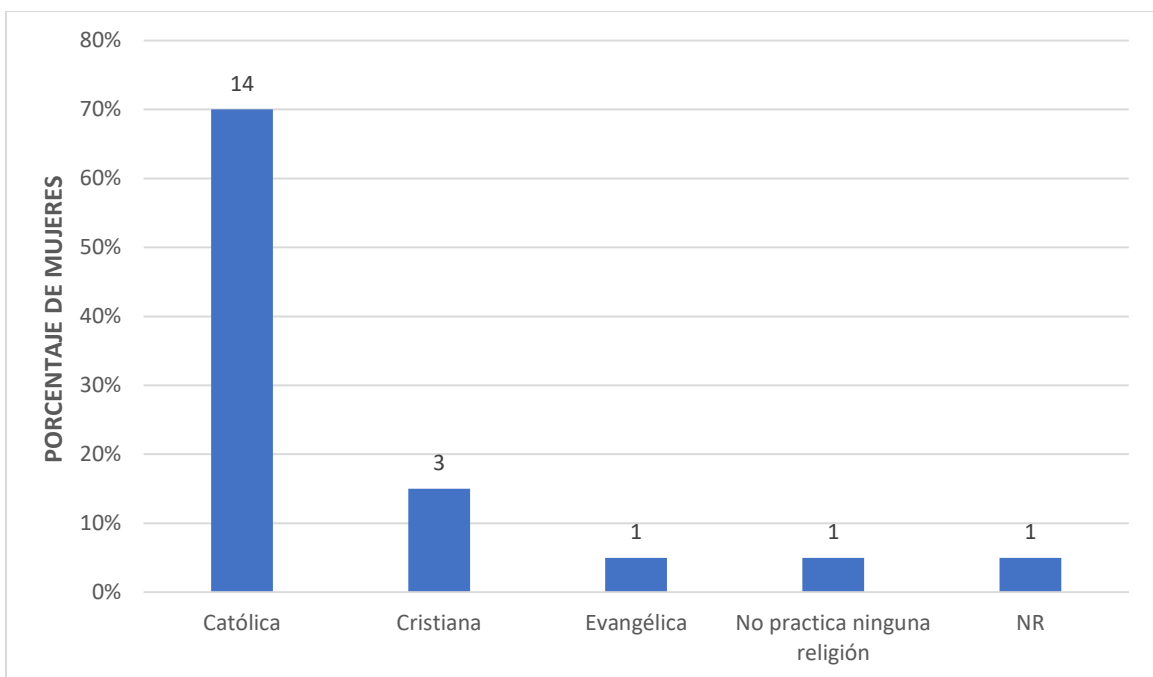


*Figura N°30 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según si mantienen una vida sexual activa. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia,*

*2018.*



*Figura N°31 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según si utiliza algún anticonceptivo. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*



*Figura N°32 Distribución porcentual del total de mujeres participantes en la investigación según la religión practicada. CECAMMM, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.*