



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL**

**JEFATURA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN MÉDICA
UMF No.27**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA
CALIFORNIA**

**FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
ESTUDIOS DE POSGRADO**



TÍTULO:

**DEPRESIÓN EN CUIDADORES PRIMARIOS DE ADULTOS MAYORES EN LA
UMF No. 27.**

INVESTIGADOR:

ELENA SARAI GUILLERMO MANZANO R3MF

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR TEMÁTICO: DR. GREGO ORLANDO SALINAS MERLOS

ASESOR METODOLÓGICO: DR. JUAN JOSÉ CAMACHO ROMO

TIJUANA BAJA CALIFORNIA MAYO 2019

Investigador Principal: Elena Sarai Guillermo Manzano.

Matrícula: 98024445.

Categoría: Residente de Medicina Familiar.

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 27.

Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Teléfono: 664 188 93 00.

Correo electrónico: sarai_gm@hotmail.com

Investigador Responsable: Juan José Camacho Romo.

Matrícula: 5607485.

Categoría: Profesor titular de la Residencia de Medicina Familiar UMF27.

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 27.

Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS),

Teléfono: 664 188 43 33.

Correo electrónico: juan.camacho@imss.gob.mx

Investigador Asociado: Grego Orlando Salinas Merlos.

Matrícula: 99024622.

Categoría: Jefe de consulta UMF27.

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 27.

Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Teléfono: 664 188 2663.

Correo electrónico: orlandosalinasm@hotmail.com

ÍNDICE

Resumen	4
Marco Teórico	5
Antecedentes	10
Justificación	13
Planteamiento del problema	14
Objetivos	15
Material y métodos	16
• Diseño del estudio	16
• Población de estudio	16
• Periodo de realización	16
• Lugar de realización	16
• Selección y tamaño de muestra	17
• Criterios de selección	18
• Métodos y procedimiento	19
• Análisis estadístico	20
• Operacionalización de variables	21
Aspectos éticos	22
Recursos, financiamiento y factibilidad	26
Cronograma de actividades	27
Resultados	28
Discusión	33
Conclusión	35
Limitaciones	36
Referencias bibliográficas	37
Anexos	39

RESUMEN

TÍTULO: Depresión en cuidadores primarios de adultos mayores en la UMF no 27.

INVESTIGADORES: GUILLERMO-MANZANO ES, SALINAS-MERLOS GO, CAMACHO-ROMO JJ.

INTRODUCCIÓN: La depresión se presenta con frecuencia en los cuidadores primarios, que en su mayoría son mujeres y que son más susceptibles a este tipo de problema. Diversas investigaciones se han enfocado en la medición de la depresión en los cuidadores con importantes hallazgos. Igualmente, la presencia de depresión genera que los síntomas experimentados por ellos sean de mayor severidad y afecten además su rendimiento físico.

OBJETIVO: Identificar depresión en cuidadores primarios de adultos mayores en la UMF 27 de Tijuana BC.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional y prospectivo, en cuidadores informales de adultos mayores de 60 años adscritos a la UMF no. 27, que acudieron a la unidad en el período de julio a septiembre del 2018, mayores de 20 años de edad, se excluyeron a los que tenían diagnóstico previo de depresión. Se aplicó el inventario de Depresión de Beck que evalúa la severidad de depresión en adultos. Las variables estudiadas fueron: edad, género, escolaridad, estado civil, parentesco con el adulto mayor. Se utilizó estadística descriptiva y medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes para variables cualitativas. Se analizaron los datos con el programa estadístico SPSS versión 21 con previa autorización por el Comité Local de Investigación, las autoridades de la unidad y el consentimiento informado del participante.

Palabras clave: Depresión, adultos mayores, cuidadores primarios.

MARCO TEÓRICO

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (1999) el cuidador primario es “la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; éste individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta”(1).

La labor de los cuidadores contribuye al mantenimiento de las personas en su entorno social. La sobrecarga que soporta el cuidador, una vez superados los recursos disponibles, puede repercutir de forma negativa sobre su salud, destacando por su frecuencia las referidas al malestar psíquico (ansiedad y depresión), aunque también la salud física, el aislamiento social, la falta de tiempo libre, la calidad de vida o el deterioro de la situación económica(2).

El papel del cuidador tiene una gran relevancia social, pues sirve de apoyo a las personas en situación de dependencia al reducir la utilización de recursos asistenciales. Sin embargo, asumir el cuidado de un ser querido puede llegar a afectar el propio bienestar psicológico. Dentro de los problemas de salud mental padecidos por los cuidadores, ocupan un papel predominante las alteraciones del estado de ánimo, específicamente, la depresión. Este trastorno puede ser especialmente problemático en los cuidadores, puesto que puede interferir con el desempeño adecuado del cuidado de la persona en situación de dependencia(3).

Las actividades de cuidado pueden ser muy estresantes debido al involucramiento emocional directo con un miembro de la familia. La importancia del cuidador aumenta conforme progresa la incapacidad del enfermo. Incluso a veces los cuidadores entienden el cuidado como un sentimiento de obligación; en donde cualquier delegación de cuidado a otro miembro de la familia le puede generar sentimientos de culpa. Todos estos cambios en la vida del cuidador primario pueden coadyuvar para presentar afectaciones psicológicas como ansiedad y depresión(4).

El estrés relacionado con el trabajo del cuidador, aparece cuando las exigencias laborales exceden la capacidad del trabajador para hacerles frente. Los factores de riesgo psicosocial son aquellas condiciones presentes en una situación laboral, ya sea relacionadas con la organización, contenido, o realización del trabajo, y pueden afectar tanto al bienestar o a la salud del cuidador como al desarrollo del trabajo. Si estas condiciones persisten, es frecuente la aparición de reacciones emocionales negativas que, junto con el estrés, predicen el inicio de sintomatología subclínica depresiva(5).

Los trastornos depresivos se caracterizan por la presencia de tristeza, sentimiento de vacío, irritación, cambios en el funcionamiento cognitivo y quejas somáticas que dificultan de forma significativa la actividad diaria del individuo, afectando a los ámbitos social, laboral y personal. El trastorno depresivo mayor representa la condición clásica de este tipo de trastornos; aunque existen en población adulta otros como el trastorno depresivo inducido por sustancias, condición médica u otros trastornos depresivos inespecíficos(6).

Entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan: a) ser mujer (más aún si se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo; b) tener un bajo nivel socioeconómico; c) estar desempleado (más en hombres); d) aislamiento social; e) tener problemas legales; f) experiencias de violencia; g) consumir sustancias adictivas, y h) la migración. Factores del entorno como la violencia, la inseguridad o las crisis económicas incrementan el riesgo de que se presente la sintomatología depresiva. Así mismo al incrementar el nivel de escolaridad, disminuye la prevalencia de depresión(7).

Cuando la depresión se presenta junto con otras enfermedades físicas, el decremento en salud es superior al de la depresión sola. La presencia de esta comorbilidad dificulta la búsqueda de ayuda, el diagnóstico, la calidad de la atención recibida, y el tratamiento y la adherencia al mismo; además, afecta negativamente a los resultados del tratamiento de las enfermedades físicas,

incluyendo un aumento de la mortalidad relacionada con la enfermedad. La comorbilidad entre depresión y enfermedades médicas es muy frecuente y esta asociación es bidireccional, de forma que la depresión puede ser causa o consecuencia de las mismas(8).

La depresión implica un alto grado de sufrimiento y discapacidad, constituyendo un verdadero problema de Salud Pública. La atención primaria tiene un papel fundamental en el abordaje de este trastorno, aunque hay deficiencias importantes en su manejo. Existe un sobrediagnóstico de la depresión al mismo tiempo que una proporción significativa de pacientes deprimidos no son detectados.

Muchos pacientes no reciben un tratamiento adecuado y otros lo abandonan prematuramente. El seguimiento clínico a menudo es insuficiente y se pierde la oportunidad de monitorizar la eficacia del tratamiento y de ajustarlo cuando la respuesta no es satisfactoria(9).

Criterios diagnósticos según el DSM-V:

De acuerdo a los criterios del DSMV se define el episodio depresivo mayor como la presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representa un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser un estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga, medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor(10).

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es una de las medidas más utilizadas de la depresión y ha demostrado fuertes propiedades psicométricas en una variedad de entornos y poblaciones. La prueba, que consta de 21 ítems, tiene como objetivo identificar y medir la gravedad de síntomas típicos de la depresión en adultos y adolescentes a partir de 13 años, puede ser auto aplicado con un tiempo estimado de entre 5 y 10 minutos. Los ítems del BDI-II son consistentes con los criterios recogidos en el DSM-V para el diagnóstico de los trastornos depresivos. El BDI-II fue adaptado por primera vez en población española. En 2015, Gonzalez et al realizaron la adaptación del Inventario de depresión de Beck en México. Tiene un alfa de Cronbach de 0.92(11).

La aparición de depresión en los cuidadores está relacionada con el estrés del cuidado. Por lo tanto, los modelos teóricos utilizados para explicar la aparición de

esta depresión se basan en la Teoría del Estrés Transaccional de Lazarus y Folkman. En este modelo, el estrés del cuidador y sus consecuencias son el resultado de la evaluación de las fuentes de estrés en la situación del cuidado. Las fuentes de estrés, o estresores, se definen por las necesidades del receptor de la atención: Estado funcional, deterioro cognitivo y problemas de conducta. La evaluación de la magnitud y las implicaciones de estos factores estresantes puede conducir a la evaluación de la carga percibida y, como resultado, también a los resultados psicológicos, como la depresión entre los cuidadores(12).

ANTECEDENTES

En 2015, Loi et al., realizaron un estudio transversal en Victoria, Australia en 202 cuidadores, con el objetivo de identificar los factores asociados con la depresión en los cuidadores de adultos mayores, utilizando factores no investigados previamente. El 74% de los participantes fueron mujeres, y 84% estaban jubiladas. El 84% de los cuidadores eran cónyuges. Además encontraron que el aumento de las horas de atención y los niveles más altos de neuroticismo fueron factores asociados con la depresión (13).

En estudio realizado por Liang et al., en 2016 para examinar los síntomas de ansiedad y depresión entre los cuidadores de 343 pacientes en la Clínica de la Memoria del Hospital Huashan en Shangai, China, encontraron que el 26.5% de los cuidadores tenían ansiedad y el 22.4% tenían síntomas de depresión. Los factores de riesgo para los síntomas de depresión en el cuidador fueron la mayor edad del cuidador y el cuidar a pacientes con deterioro cognitivo leve(14).

En 2017, Derajew et al., realizaron un estudio transversal en 284 cuidadores de pacientes con enfermedad mental severa en el Hospital Docente de la Universidad de Jimma, Etiopía con el objetivo de evaluar la prevalencia de la depresión y los factores asociados entre los cuidadores primarios de pacientes con enfermedad mental. Encontraron que la prevalencia de depresión entre los cuidadores primarios de pacientes con enfermedades mentales fue de 19% cuando eran hombres y 25% en mujeres. De los cuidadores con depresiones, 11.3, 3.5 y 4.2% tenían tipos moderados, moderadamente severos y severos de depresión, respectivamente. Ser soltero y brindar atención más de seis horas por día, se asoció positivamente con la depresión entre los cuidadores(15).

Pino-Casado y cols., realizaron en 2017 un estudio transversal en España con el objetivo de analizar el efecto de la obligación del cuidador de adultos mayores sobre la depresión, con 200 cuidadores. Las medidas incluían el sentido de la obligación de cuidar, la carga percibida, los factores estresantes y la depresión.

Encontraron que la depresión tuvo una asociación directa y positiva con la carga percibida, los problemas de conducta y la presión social, y se relacionó indirectamente a través de la carga percibida con los problemas de conducta, la independencia de las actividades de la vida diaria y las creencias de obligación(16).

En Estados Unidos, en 2017 Musich y cols., realizaron un estudio con el objetivo de estimar la prevalencia de cuidadores entre los asegurados del suplemento AARP (American Association of Retired Persons) Medicare y determinar las características asociadas con el estado del cuidador en 18 928 pacientes, la prevalencia de cuidadores fue del 14.9%; fueron en su mayoría mujeres (66.6%), de 70 a 79 años de edad (43.5%), altos ingresos (52.8%), raza blanca (57.6%)(17).

Navarro y cols., en el 2017 realizaron en Jalisco, México un estudio descriptivo transversal, en 76 cuidadores de pacientes geriátricos, aplicaron el cuestionario de Beck para depresión y la escala de Zarit para el nivel de sobrecarga. Encontrando que el 55.3% se encontraba sin depresión, el 32.9% presentaban depresión leve, y el 11.8% depresión moderada. De acuerdo a la escala de Zarit, el 40.8% tenían ausencia de sobrecarga, el 44.7 presentaban sobrecarga ligera, y el 14.5% sobrecarga intensa; concluyendo que existe un alto riesgo de presentar desórdenes de depresión y ansiedad en los cuidadores de personas dependientes(18).

La presencia de ánimo deprimido genera que los síntomas experimentados por ellos sean de mayor severidad y afecten además su rendimiento físico. Así, es evidente que la sobrecarga y la depresión son afecciones que pueden desarrollar los cuidadores en el ejercicio de su labor y afectan su calidad de vida y el desempeño de su rol(19).

Según la encuesta citada del Centro de Investigaciones Sociológicas, en Madrid, España el perfil de los cuidadores es mujer de 52 años (70% tienen más de 45), con estudios bajos, ama de casa (el 50%) que convive con la persona cuidada y que suele ser hija de la persona cuidada (52% de los casos) (20).

JUSTIFICACIÓN

En los países industrializados, la investigación sobre el cuidador de adultos mayores está adquiriendo importancia, como lo demuestra el mayor número de personas ancianas y dependientes. Entre las consecuencias para la salud de tales cuidadores, la depresión es prominente tanto en su magnitud como en su importancia.

Los estudios de investigación para cuidadores a menudo se enfocan en subgrupos de cuidadores asociados con enfermedades o afecciones seleccionadas; la mayoría se caracterizan por estudios basados en pequeños grupos de estudio reclutados de varios grupos de apoyo para cuidadores o clínicas especializadas para cumplir con criterios de estudio específicos. En consecuencia, los resultados de los estudios a menudo no son generalizables y las conclusiones pueden ser contradictorias según las características de las poblaciones de estudio.

Al hablar de un paciente dependiente, se debe tomar en cuenta que estamos ante dos pacientes: El paciente real y el cuidador, quien a menudo se encuentra afectado en aspectos biopsicosociales, y que a su vez esto trae como consecuencia ansiedad, depresión, trastornos del sueño, entre otras enfermedades. Así, es evidente que la depresión es una afección que pueden desarrollar los cuidadores en el ejercicio de su labor y afectan su calidad de vida y el desempeño de su rol.

Con el presente estudio, se trata de contribuir a la investigación que apoya la prevención y la detección temprana de los síntomas depresivos en los cuidadores de personas mayores dependientes; constituye una importante línea de investigación, cuya finalidad es la identificación de factores y perfiles de riesgo que permitan la detección precoz y la prevención de las mencionadas consecuencias. además se estaría dando margen para nuevas investigaciones y programas de atención integral a cuidadores de adultos mayores.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como se mencionó anteriormente, el papel del cuidador tiene gran importancia para las personas en situación de dependencia al reducir la utilización de recursos asistenciales. La sobrecarga y la depresión son afecciones que pueden desarrollar los cuidadores en el ejercicio de su labor y afectan su calidad de vida y el desempeño de su rol,

A pesar de la evidencia, en nuestro país, menos de una cuarta parte de quienes presentan un trastorno afectivo buscan algún tipo de ayuda, y se estima que quienes lo hacen tardan hasta 14 años en llegar a un tratamiento especializado. Aunado a lo anterior, cuando los pacientes acceden a los servicios de salud, solamente la mitad de ellos reciben algún tipo de tratamiento mínimo adecuado.

Una de las principales barreras para la identificación de casos de depresión es la presencia de estigma, que afecta a quienes padecen trastornos mentales.

El aumento de la prevalencia de depresión en cuidadores los últimos años, la posicionan como un problema de Salud Pública en nuestro país, asociada a una elevada morbi-mortalidad, generando a su vez elevados costos en los sistemas de salud, de aquí la importancia de una identificación oportuna y establecimiento de un tratamiento adecuado.

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de depresión en cuidadores primarios de adultos mayores en la UMF 27 de Tijuana BC?

Objetivos:**Objetivo general:**

- Identificar depresión en cuidadores primarios de adultos mayores en la UMF 27 de Tijuana BC.

Objetivos específicos:

- Distinguir a los adultos mayores que tienen un cuidador primario.
- Determinar la frecuencia y grado de depresión en los cuidadores de los adultos mayores mediante el instrumento Inventario de Depresión de Beck.
- Describir las características generales de la población (edad, género, escolaridad, estado civil, parentesco con el adulto mayor).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño del estudio:

- Alcance: Descriptivo.
- Enfoque: Cuantitativo.
- Diseño: Observacional.
- Número de mediciones: Transversal.
- Temporalidad: Prospectivo

Población de estudio:

Cuidadores de adultos mayores adscritos a la UMF No. 27.

Período de captura de datos:

Septiembre 2018 a Octubre2018.

Lugar de realización:

Unidad de Medicina Familiar No. 27 Tijuana BC.

Muestreo:

Tamaño de la muestra: Fórmula de tamaño de muestra para población infinita, ya que no se conoce la población de cuidadores de adultos mayores.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{i^2}$$

En donde:

n= tamaño muestral

z= valor correspondiente a la distribución de gauss $z\alpha=0.05=1.96$ (nivel de confianza 95%)

p= prevalencia esperada del parámetro a evaluar, en caso de desconocerse (p=0.5)

q= 1-p

i= error que se prevé cometer

Nivel de confianza deseado	Puntuación z
80 %	1.28
85 %	1.44
90 %	1.65
95 %	1.96
99 %	2.58

Sustituyendo:

Tamaño de muestra =

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(0.05)^2} = 384.16$$

Tamaño de la muestra= 385 pacientes.

Tipo de muestreo:

No probabilístico: por casos consecutivos.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión:

- Cuidadores primarios de adultos mayores de 60 años adscritos a la UMF No. 27
- Cuidador mayor de 20 años de edad
- Firmar consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Diagnóstico previo de depresión.

Criterios de eliminación:

- Que no completen el cuestionario.

MÉTODO:

Una vez autorizado el protocolo de investigación por el Comité Local de Investigación en Salud y Comité Local de Ética en Investigación y habiendo solicitado autorización al Director de la unidad, se iniciará la recolección de datos con un muestreo no probabilístico por casos consecutivos. Se iniciará invitando a participar a los cuidadores de adultos mayores que se encuentren en la sala de espera de los consultorios, y se aplicará el instrumento Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) que fue diseñado con el objetivo de evaluar la severidad de Depresión en adultos. Se aplicarán las encuestas en los consultorios asignados como Atención Preventiva Integral (API) para respetar el pudor del paciente. A los pacientes que se les detecte algún grado de depresión, serán canalizados a su consultorio con el Médico Familiar para valoración y confirmación del diagnóstico; y en caso de ameritarlo, envío al servicio de Psicología o Psiquiatría. En caso de presentarse alguna complicación como crisis del participante, la encuesta será suspendida para remitir al paciente al servicio de Trabajo Social.

PLAN DE ANÁLISIS

Los datos obtenidos se vaciaron en las hojas de recolección de datos (anexo 3). Se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar) para las variables cualitativas. Para variables cualitativas porcentajes o frecuencias. Se analizaron datos con programa estadístico SPSS versión 21.

Instrumento de medición:

Se aplicó el instrumento Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) (anexo 4) que fue diseñado con el objetivo de evaluar la severidad de Depresión en adultos, tiene un alfa de Cronbach de 0.92. El test consta de 21 ítems, cada uno en una escala de cuatro puntos que va de 0 a 3 y 4 categorías que definen la severidad de depresión. La puntuación se obtienen por la suma de los ítems y se considera: De 0 a 13 sin depresión, de 14 a 19 depresión leve, de 20 a 28 depresión moderada, de 29 a 63 depresión severa.

VARIABLES

Definición y operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Definición operacional
Edad (Independiente)	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Cuantitativa discreta	Años cumplidos
Género (Independiente)	Conjunto de personas o cosas que tienen características comunes.	Cualitativa nominal	(1)Femenino (2)Masculino
Escolaridad (independiente)	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Cualitativa ordinal	(1)Ninguna (2) Primaria (3)Secundaria (4)Preparatoria (5)Licenciatura
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Cualitativa nominal	(1)Soltero (2)Casado (3)Unión libre (4)Divorciado (5)Viudo
Parentesco	Vínculo que existe entre dos personas	Cualitativa nominal	(1)Hijo (2) Esposo (3) Hermano (4) Otro
Depresión	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	Cualitativa ordinal	Puntaje en el Inventario de Depresión de Beck II: 0 a 13 sin depresión 14 a 19 depresión leve 20 a 28 depresión moderada 29 a 63 depresión severa

ASPECTOS ÉTICOS

- Se utilizaron consentimientos informados.
- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial:

Principios básicos

1. La investigación biomédica que implica a personas debe concordar con los principios científicos aceptados universalmente y debe basarse en una experimentación animal y de laboratorio suficiente y en un conocimiento minucioso de la literatura científica.

2. El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador y del promotor, siempre que este Comité independiente actúe conforme a las leyes y ordenamientos del país en el que se realice el estudio experimental.

3. La investigación biomédica que incluya a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente. La responsabilidad con respecto a las personas debe recaer siempre en el facultativo médicamente calificado y nunca en las personas que participan en la investigación, por mucho que éstas hayan otorgado su consentimiento.

4. La investigación biomédica que involucre a personas no puede llevarse a cabo lícitamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para las personas.

5. Todo proyecto de investigación biomédica con personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.

6. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.

7. Los médicos deben abstenerse de comprometerse en la realización de proyectos de investigación en personas a menos que crean fehacientemente que los riesgos involucrados son previsibles. Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios.

8. En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Los informes sobre experimentos que no estén en consonancia con los principios expuestos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

9. En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos

previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.

10. En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia o si existe la posibilidad de que consientan bajo coacción. En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial.

11. En el caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe ser otorgado por el tutor legal en conformidad con la legislación nacional. Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado, o si la persona es menor de edad, en conformidad con la legislación nacional la autorización del pariente responsable sustituye a la de la persona. Siempre y cuando el niño menor de edad pueda de hecho otorgar un consentimiento, debe obtenerse el consentimiento del menor además del consentimiento de su tutor legal.

12. El protocolo experimental debe incluir siempre una declaración de las consideraciones éticas implicadas y debe indicar que se cumplen los principios enunciados en la presente Declaración.

- Artículo 98 de la Ley General de Salud en relación a la investigación en seres humanos.

ARTICULO 98.- Para los efectos del presente Reglamento, se considera como institución de salud donde se realice investigación para la salud, a toda unidad orgánicamente estructurada perteneciente a una dependencia o entidad de la Administración Pública, o una institución social o privada en donde se lleve a cabo una o varias de las actividades establecidas en el artículo 5o. del presente Reglamento.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

1. HUMANOS.

Investigador Principal: Elena Sarai Guillermo Manzano. Residente de Medicina Familiar.

Asesor temático: Dr. Grego Orlando Salinas Merlos. Médico de base UMF 27.

Asesor metodológico: Dr. Juan José Camacho Romo. Profesor titular de la Residencia de Medicina Familiar UMF27.

2.- FÍSICOS.

- Área física: Se hará uso de las salas de espera en la Unidad de Medicina Familia No. 27 para la realización de las encuestas y las áreas correspondientes de cada consultorio del cual pertenezca el paciente.
- Formatos de recolección de la información: Copias de encuestas, copias de carta de consentimiento informado.
- Papelería: Computadora personal, Impresora, programa estadístico SPSS 21, hojas blancas, copias para las encuestas y consentimiento informado, lápices, bolígrafos.

3.- FINANCIEROS.

Serán solventados por el investigador principal.

4. FACTIBILIDAD.

Sí es factible debido a que se tienen los instrumentos y la población necesaria para la recolección de los datos. La unidad cuenta con recursos humanos y físicos suficientes para desarrollar las actividades de la investigación, por lo que es factible su implementación. No representa problema con la bioseguridad.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Marzo 2016	Abril 2016- Dic 2017	Septiembre 2018	Octubre 2018	Noviembre 2018	Diciembre 2018	Diciembre 2018
Planteamiento del problema	X						
Redacción del proyecto de investigación		X					
Registro del protocolo			X				
Desarrollo del proyecto				X			
Captura de datos					X		
Análisis de resultados						X	
Reporte final							X

Resultados:

Se incluyeron en el estudio 385 cuidadores primarios, de los cuales el 71.2% (274 cuidadores) eran mujeres y 28.8% (111 cuidadores) hombres (Figura 2). La edad media fue de 49.30 años (media de ± 13.8), el 44.9% de los participantes se encontraban en el grupo de edad de 40 a 59 años (Figura 1). En cuanto a la escolaridad, 5% de los pacientes no tenía ningún tipo de estudios (20 participantes), el 53% (204 participantes) tenía educación básica, mientras que el 24.9% (96 participantes) contaba con educación media superior y sólo el 16.9% con educación superior (65 participantes) (Figura 3). El 72.7% se encontraba casado o en unión libre (280 participantes), 15.8% soltero, 5.5% divorciado y 6% viudo (Tabla 1) (Figura 4).

El 52% de los cuidadores (201 cuidadores) eran hijos de los adultos mayores, el 23.1% (89 cuidadores) esposo (a), el 9.1% hermano (a) y 15.6% no tenía ninguna relación con el adulto mayor (Tabla 1)(Figura 5).

De los 385 cuidadores encuestados, casi una tercera parte (30.1%) sufría algún grado de depresión; 16.1% depresión leve, 9.1% depresión moderada y 4.9% depresión severa de acuerdo al Inventario de Depresión de Beck II (Tabla II) (Figura 6).

Tabla 1. Características generales de la Población

Características generales				
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Edad				
Edad mínima		20		
Edad máxima		77		
Desviación típica		±13.81		
Grupo de edad				
20 a 39 años	104	27	27	27
40 a 59 años	173	44.9	44.9	71.9
≥60 años	108	28.1	28.1	100
Género				
Femenino	274	71.2	71.2	71.2
Masculino	111	28.8	28.8	100
Escolaridad				
Ninguna	20	5.2	5.2	5.2
Primaria	101	26.2	26.2	31.4
Secundaria	103	26.8	26.8	58.2
Preparatoria	96	24.9	24.9	83.1
Licenciatura	65	16.9	16.9	100
Estado Civil				
Soltero (a)	61	15.8	15.8	15.8
Casado (a)	210	54.5	54.5	70.4
Unión libre	70	18.2	18.2	88.6
Divorciado (a)	21	5.5	5.5	94
Viudo (a)	23	6	6	100
Parentesco con el adulto mayor				
Hijo (a)	201	52.2	52.2	52.2
Esposo (a)	89	23.1	23.1	75.3
Hermano (a)	35	9.1	9.1	84.4
Ninguno	60	15.6	15.6	100

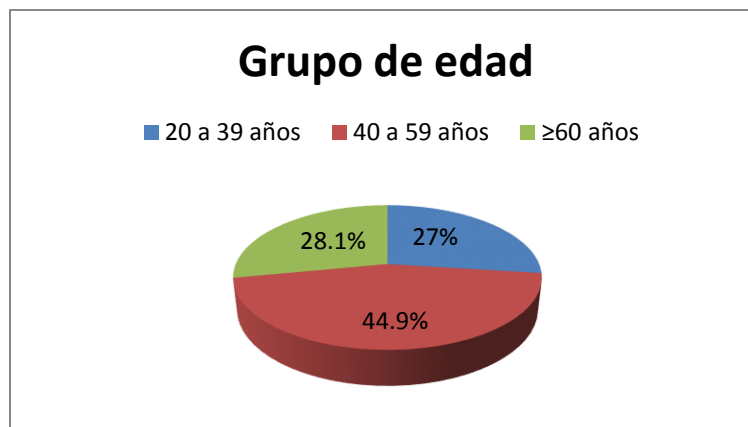


Figura 1. Grupo de edad de los cuidadores primarios de adultos mayores

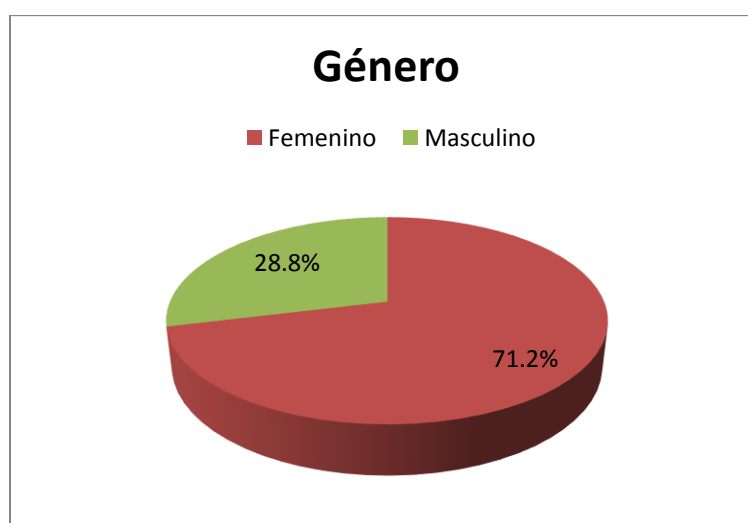


Figura 2. Género

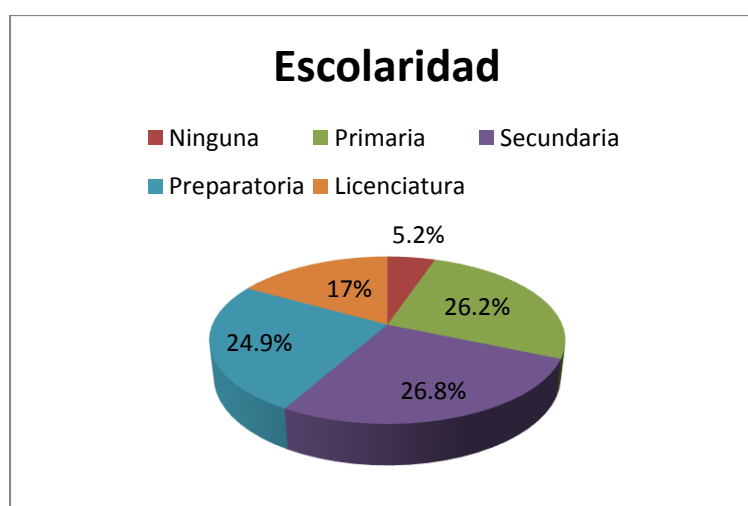


Figura 3. Escolaridad

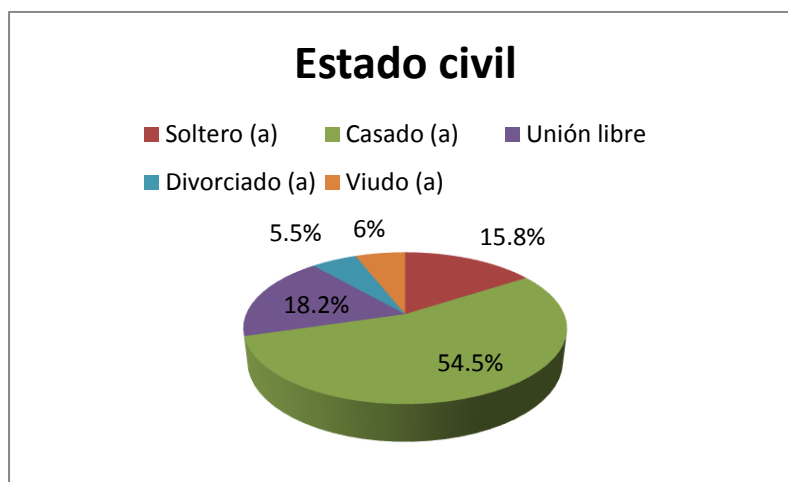


Figura 4. Estado civil

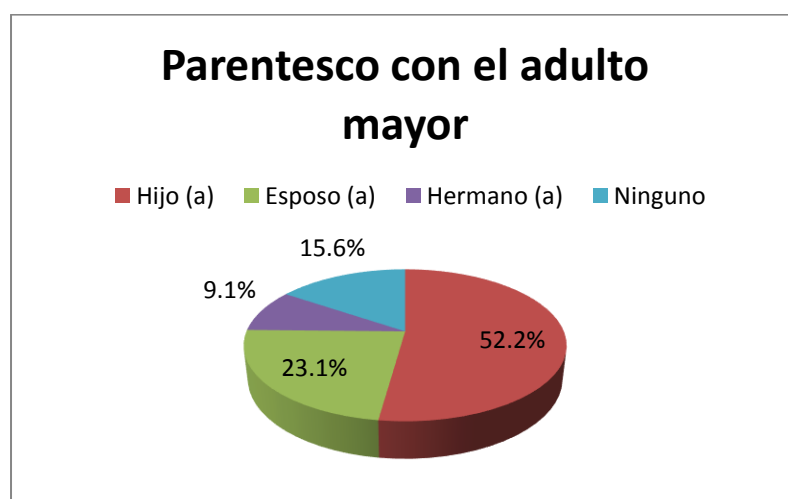


Figura 5. Parentesco con el adulto mayor

Tabla 2. Inventario de Depresión de Beck II.

Inventario de Depresión de Beck II				
Positivo	117	30.4	30.4	30.4
Negativo	268	69.9	69.9	100
Grado de depresión				
Sin depresión	269	69.9	69.9	69.9
Depresión leve	62	16.1	16.1	86
Depresión moderada	35	9.1	9.1	96.1
Depresión severa	19	4.9	4.9	100

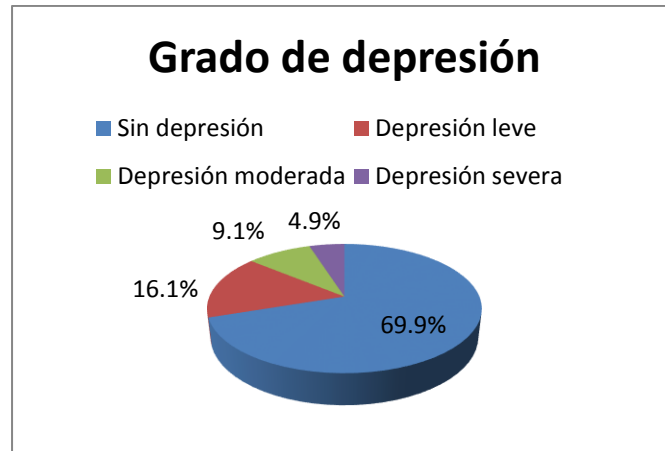


Figura 6. Grado de depresión de acuerdo al Inventario de Depresión de Beck II

Discusión:

El objetivo de este estudio fue identificar depresión en cuidadores primarios de la UMF 27 en Tijuana, en este sentido, respecto a los cuidadores primarios se encontró que la mayoría eran mujeres, de entre 40 y 59 años de edad, casadas, hijas del adulto mayor; datos sociodemográficos que concuerdan con los estudios anteriores realizados en México. La escolaridad que más predominó fue básica, sin embargo se incluyeron cuidadores sin escolaridad, hasta la licenciatura.

Comparado con el estudio realizado en 2015 por Loi et al, en el que se estudiaron factores asociados con la depresión en cuidadores de adultos mayores, y el estudio realizado en 2017 por Musich y cols., los resultados son similares, ya que se encontró que el 74 y 66.6% de los cuidadores fueron mujeres respectivamente (en nuestro estudio el 71.2%) de entre 70 y 79 años (lo que difiere con nuestro estudio, en el cual el grupo de edad predominante fue 40 a 59 años).

En cuanto a los cuidadores primarios con depresión, casi una tercera parte de los participantes (30.1%) se encontraron con algún grado de depresión, similar a lo encontrado en el estudio realizado por Liang et al., en 2016 (22.4% de los cuidadores tenían síntomas de depresión) y un poco mayor a lo reportado por Derajew et al., en 2017 (19% de los cuidadores primarios tenían algún grado de depresión), pero inferior a lo reportado por Navarro y cols., en 2017 (44.7% de los cuidadores tenían algún grado de depresión).

El perfil del cuidador primario encontrado en este estudio, coincide con el de la encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas, en Madrid, España, en el que se encontró que generalmente es una mujer, mayor de 45 años, nivel bajo de estudios, hija del adulto mayor.

Conclusión:

Una tercera parte de los cuidadores primarios de los adultos mayores presentan algún grado de depresión, de ahí la importancia de que el Médico Familiar, que es quien tiene más contacto con esta población, se apoye en instrumentos como el Inventario de Depresión de Beck II, para identificar de forma oportuna síntomas de depresión en el cuidador primario y realizar intervenciones terapéuticas para la salud psicosocial del cuidador.

La importancia de los resultados encontrados en este estudio está en que los cuidadores primarios, son una población que en algún momento de su trabajo, pueden requerir atención psicosocial y podrían desarrollarse programas o estrategias para detectar datos de alarma en ellos, ya que a su vez, la salud del cuidador va a repercutir en el cuidado del adulto mayor.

Limitaciones:

Entre las limitantes del estudio, considero que se encontró una falta de interés por parte de los cuidadores de los adultos mayores por responder a las preguntas del instrumento posterior a explicarles la dinámica del mismo. Además el cuestionario está diseñado para ser autoaplicado, sin embargo encontré que algunas preguntas no comprendían las preguntas del instrumento.

•REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- World Health Organization. WHO FactSheet "Caregiving". Geneva: WHO; 1999.
- 2.- López-Gil M, Orueta-Sánchez R, Gómez-Caro S et al. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. Rev Clín Med Fam 2009;2(7):332-334.
- 3.-Vázquez FL, Hermida E, Díaz O et al. Intervenciones psicológicas para cuidadores con síntomas depresivos: revisión sistemática y metanálisis. Rev Latinoam Psicol 2014; 46(3):178-188.
- 4.- Galindo-Vázquez O, Meneses-García A, Herrera-Gómez A et al. Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (hads) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas. PSICOONCOLOGÍA 2015. 12 (2-3): 383-392.
- 5.- Talavera-Velazco B, Luceño-Moreno L, Martín-García J et al. Asociación entre la percepción de condiciones laborales adversas y depresión: una revisión sistemática. Ansiedad y Estrés 2017; 23: 45-51.
- 6.- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5ta ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2013.
- 7.- Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. México: Secretaría de Salud; 1 de diciembre de 2015.
- 8.- Giner J, Saiz-Ruiz J, Bobes J et al. Consenso español de salud física del paciente con depresión. Revista de Psiquiatría y Salud mental 2014; 7(4): 195-207.
- 9.- Aragonés E, Comín E, Cervero M et al. Un sistema informatizado de apoyo a las decisiones clínicas para el manejo de la depresión en atención primaria. Aten Primaria 2017; 49(6):359-367.
- 10.- Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría. 2013.
- 11.- González DA, Reséndiz-Rodríguez A, Reyes-Lagunes I. Adaptation of the BDI-II in México. Salud Mental 2015; 38(4): 237-244.

- 12.- Pino-Casado R, Palomino-Moral P, Pastor-Bravo M et al. Determinants of depression in primary caregivers of disabled older relatives: a pathanalysis. BMC Neurology 2017;17:264.
- 13.- Loi S, Dow B, Moore K et al. Factors associated with depression in older carers. Int J Geriatr Psychiatry 2016; 31: 294–301.
- 14.- Liang X, Guo Q, Luo J et al. Anxiety and depression symptoms among caregivers of care-recipients with subjective cognitive decline and cognitive impairment. BMC Neurology 2016;16(191):1-8.
- 15.- Derajew H, Tolessa D, Garumma T et al. Prevalence of depression and its associated factors among primary caregivers of patients with severe mental illness in southwest, Ethiopia. BMC Psychiatry 2017; 17:88.
- 16.- Pino-Casado R, Palomino-Moral P, Pastor-Bravo M et al. Determinants of depression in primary caregivers of disabled older relatives: a pathanalysis. BMC Neurology 2017;17:264.
- 17.- Musich S, Wang S, Kraener S et al. Caregivers for older adults: Prevalence, characteristics, and healthcare utilization and expenditures. Geriatric Nursing 2017;38:9-16.
- 18.- Navarro-Sandoval C, Uriostegu-Espíritu LC, Delgado-Quiñones EG et al. Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2017;55(1):25-31.
- 19.- Galvis MJ, Cerquera-Córdoba AM. Relación entre depresión y sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Psicología desde el Caribe 2016;33(2):190-205.
- 20.- Carretero S, Garcés J, Ródenas F, Sanjosé V. Los Cuidados de Larga Duración. En: La Sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: Análisis y Propuestas de Intervención Psicosocial. Madrid: Tirant to Blanch; 2006. Disponible en:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>

ANEXO 1

CARTA ANUENCIA DIRECTOR

Tijuana, Baja California a _____ mes de _____ del año 2018

Dr. Juan José Camacho Romo.

Por medio de la presente se le comunica que es requisito para realizar investigación en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la autorización por parte del Comité de Investigación que corresponda de acuerdo con las características del estudio. En su caso, requiere ser registrado en el Comité Local de investigación No. 204; una vez que se tenga la autorización, cuente con la anuencia para la realización del protocolo de investigación titulado:

“Depresión en cuidadores primarios de adultos mayores en la UMF no. 27 de
Tijuana BC”

Atentamente

Dr. Farwel Fortino Guerrero Saucedo.

Anexo 2. Carta consentimiento.



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS EN SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD.**

Folio: _____

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

Registro Institucional el comité Local de Información y Ética en investigación en Salud:

Por medio de la presente, acepto participar en el protocolo de investigación titulado: "Depresión en cuidadores primarios de adultos mayores en la UMF no. 27"

Justificación y Objetivo del estudio: La investigación sobre el cuidador de adultos mayores es de gran importancia, como lo demuestra el mayor número de personas ancianas y dependientes. Entre las consecuencias para la salud de los cuidadores, la depresión es de gran importancia. Se debe tomar en cuenta que estamos ante dos pacientes: El paciente real y el cuidador, quien a menudo se encuentra afectado en su salud, y que a su vez esto trae como consecuencia ansiedad, depresión, trastornos del sueño, entre otras enfermedades. Por lo tanto en este estudio se pretende determinar la frecuencia de depresión en cuidadores primarios de adultos mayores.

Procedimiento: Se invitarán a las personas que cuidan a los adultos mayores que se encuentren en la sala de espera de consulta externa, que sean mayores de 20 años de edad, y no tengan depresión, si desean participar en el estudio, si aceptan, se les llevará a un consultorio y posteriormente se le pedirá llenar una hoja con datos, tales como: edad, género, estado civil, escolaridad, etc. Posteriormente se le solicitará llenar un cuestionario que no toma más de 10 minutos y del cual se obtendrá la información para saber si el participante sufre de depresión y qué tan grave es.

Posibles riesgos y molestias: No representa ningún tipo de riesgo debido a que sólo se realizará una colecta de datos de un instrumento

Posibles beneficios al participar en el estudio: Al participar en el estudio, el paciente tendrá la oportunidad de ser detectado con depresión de forma oportuna, se informará a su Médico Familiar, para poder ser evaluados de forma integral y en caso de ser necesario, enviarlos al servicio de Psicología o Psiquiatría.

Privacidad y confidencialidad: Se guardará la privacidad confidencialidad de los datos.

De no firmar este documento usted no podrá participar en este estudio.

Usted tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que esto afecte sus beneficios como derechohabiente.

He leído la información anterior completa o se me ha leído de manera adecuada. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación han sido atendidas.

En caso de aclaraciones o dudas relacionadas con el estudio usted podrá dirigirse a:

Investigador principal: Dra. Elena Sarai Guillermo Manzano, médico residente de Medicina Familiar adscrita a la UMF 27; teléfono: 664 188 93 00; correo electrónico: sarai_gm@hotmail.com

Investigador responsable: Dr. Juan José Camacho Romo. Profesor titular de la Residencia de Medicina Familiar adscrito a U.M.F No. 27. Teléfono: (664) 188 43 33 Correo: juan.camacho@imss.gob.mx

Investigador asociado: Dr. Grego Orlando Salinas Merlos. Médico Familiar adscrito a UMF No. 27. Teléfono: (664) 188 26 63. Correo: orlandosalinas@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante, podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS, Avenida Cuauhtémoc 330 4to piso, Bloque "B" de la unidad de congresos, Col Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55)56276900, Ext. 21230. Correo electrónico: comiteeticainv.imss@gmail.com

Nombre y Firma del Participante

Nombre y Firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo

Testigo

Anexo 3:

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Folio: _____

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre (sólo iniciales): _____

Edad: _____

Consultorio: _____

Género:

(1) Femenino

(2) Masculino

Escolaridad:

(1) Ninguna
Licenciatura

(2) Primaria

(3) Secundaria

(4) Preparatoria

(5)

Estado civil:

(1) Soltero

(2) Casado

(3) Unión libre

(4) Divorciado

(5) Viudo

Parentesco con el adulto mayor:

(1) Hijo

(2) Esposo

(3) Hermano

(4)

Otro: _____

Escala de Beck: _____ puntos

(1) Sin depresión

(2) Depresión leve

(3) Depresión moderada

(4)

Depresión severa

ANEXO 4:

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

Folio: _____

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.

- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a . No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

0 a 13.....sin depresión
14 a 19.....depresión leve
20 a 28.....depresión moderada
29 a 63.....depresión severa