

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON CÁNCER, ATENDIDOS EN EL IREN – ENERO y FEBRERO 2017”

Tesis presentada por la Bachiller:
ANGÉLICA VICTORIA DÍAZ CÁRDENAS

Para obtener el título profesional de:
MÉDICO CIRUJANO

ASESOR: DR. CRISTHIAN VARGAS

Arequipa – Perú
2017

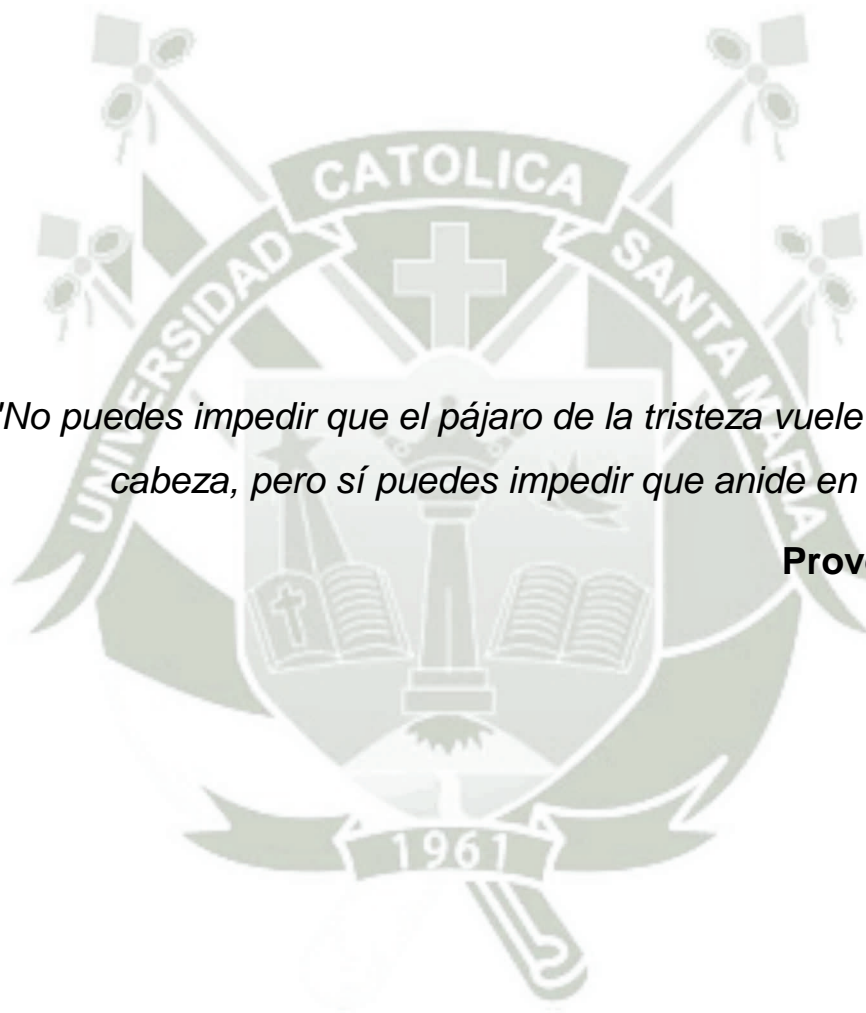
DEDICATORIA:

A mis padres, que con su amor y apoyo incondicional me han permitido avanzar día a día, hasta culminar mi carrera; que han estado a mi lado en cada paso, apoyándome para continuar.

A mi segunda madre, María, que con su cariño me acompañó durante esta lucha, y que está en el cielo, guiándome.

A mi hermano, que siempre ha estado ahí, como hombro amigo, dándome su ayuda y protección.

Y a Rodrigo, cuya lucha y ausencia fueron mi inspiración.



EPÍGRAFE

"No puedes impedir que el pájaro de la tristeza vuele por sobre tu cabeza, pero sí puedes impedir que anide en tu cabellera"

Proverbio Chino

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO I MATERIALES Y MÉTODOS	5
1. TIPO DE ESTUDIO	6
2. PARTICIPANTES	6
3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	6
4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	6
5. INSTRUMENTO	6
6. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	8
7. PROCEDIMIENTO.....	9
8. CRITERIO PARA MANEJO DE RESULTADOS	9
CAPITULO II RESULTADOS	10
CAPITULO III DISCUSIÓN	28
CAPITULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	37
1. CONCLUSIONES	37
2. RECOMENDACIONES	38
BIBLIOGRAFÍA	39
ANEXOS	42
ANEXO 1 PROYECTO DE INVESTIGACION	43
ANEXO 2 MATRIZ DE SISTEMATIZACION DE DATOS	73

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Género de los Familiares	11
Gráfico N° 2 Edad de los familiares.....	12
Gráfico N° 3 Lazo Familiar.....	13
Gráfico N° 4 Tiempo de Tratamiento.....	14
Gráfico N° 5 ¿Se siente Afectado?	15
Gráfico N° 6 Promedio obtenidos en cada pregunta.....	16
Gráfico N° 7 Grados de Depresión	17
Gráfico N° 8 Gráficos de Barras de la relación Edad/Grado de depresión.....	19
Gráfico N° 9 Gráfico de Barras de la relación Género/ Grado de depresión.	21
Gráfico N° 10 Gráfico de Barras de las relación Lazo Familiar/ Grado de Depresión	23
Gráfico N° 11 Gráfico de Barras de la relación Tiempo de Tratamiento/ Grado de Depresión.....	25
Gráfico N° 12 Gráfico de Barras de la relación ¿Se siente Afectado?/ Grado de Depresión.	27



RESUMEN

El diagnóstico de cáncer representa una fuerte carga emocional, lo que sería un causal de depresión en los familiares cuidadores de pacientes con cáncer. El presente trabajo buscó determinar si existe depresión en los familiares cuidadores, así como las características epidemiológicas de los familiares; para relacionar estas con el grado de Depresión encontrado.

Para ello, se realizó un trabajo de investigación de tipo Observacional, Prospectivo, Nivel: Descriptivo. Participaron 100 familiares cuidadores de Pacientes con el diagnóstico de Cáncer, del IREN, seleccionados durante los meses de Enero y Febrero. Se utilizó el BDI-II para determinar frecuencia de síntomas depresivos. El análisis de datos se realizó en el Paquete de datos SPSS 23.

Como resultado, se encontró que un 16% de los encuestados presentó Depresión Leve, un 11% Moderada, y un 15% Grave. Además, se apreciaron porcentajes más altos de depresión en mayores de 50 años, en esposos, cuyos familiares llevan un tiempo de tratamiento de 1 a 5 años. Además en aquellos participantes que sí refieren sentirse afectados, se encontraron mayores grados de depresión.

Como conclusión, se puede decir que existen síntomas depresivos en los familiares cuidadores, y además hay una relación estadísticamente significativa entre la edad, el lazo familiar y el tiempo de tratamiento, con la presencia de síntomas depresivos. Se requerirían mayores estudios complementarios.

PALABRAS CLAVE: Depresión, Cáncer, Familiares cuidadores.

ABSTRACT

The Diagnosis of cancer represents a strong emotional weight, and it might be a cause of depression in family caregivers of patients with cancer. The aim of this study was to determinate if there is depression in caregivers; define the epidemiological characteristics, and relate them with the state of depression found.

This study was Observational, Prospective, level: Descriptive. The sample was 100 family caregivers of patients with the diagnosis of cancer, attended in IREN-SUR during January and February. We performed the BDI-II to determinate the frequency of symptoms of depression; analyzed by the SPSS Program, version 23.

We found that 16% of participants had mild depression, 11% had Moderated depression, and 15% severe. In addition, an important finding was that the higher levels of depression were in older than 50 years, spouses, and with a time of treatment of 1 to 5 years. Finally, in those who referred feeling affected, higher levels of depression were found.

We conclude the existence of symptoms of depression in family caregivers; also, there is a relation statistically significant, between age, family tie, and time of treatment, with the presence of depressive symptoms. More studies are required.

KEY WORDS: Depression, Cancer, Family caregivers.

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto busca investigar y entender que cuando hay una situación dramática en la familia, esto causa una repercusión importante en todo el núcleo familiar.

Cuando se habla de cualquier enfermedad, especialmente aquellas que amenazan la vida, esto supone una situación nueva y difícil para el paciente y su familia. Los cambios en el funcionamiento y rutina familiar, las amenazas física y psicológica que surgen a raíz de un diagnóstico de cáncer pueden llegar a ser abrumadoras, sin embargo existen, y las familias tienen que enfrentarse a ellas.

La depresión es un trastorno mental muy común en nuestro medio que conlleva a múltiples alteraciones, las cuales pueden volverse crónicas y llevar a la persona hasta el suicidio; diversos factores socioculturales estresantes pueden desencadenar esta enfermedad.

Por otro lado, el cáncer es una enfermedad maligna que afecta a diversos tejidos. Cuando se diagnostica esta enfermedad y se informa al paciente, generalmente aparece primero el pánico, ya que aún se asocia el cáncer a muerte y no siempre es así.

Este estudio se realizará, dado que el número de pacientes con cáncer es grande, y son sus familiares los que generalmente se encargan de su cuidado, siendo estos últimos muy afectados por esta situación estresante.

La enfermedad del cáncer, tiene un gran costo por sí misma, pues incluye tratamiento, cuidados del paciente, etc. Además, si el familiar cuidador llegara a ser afectado por depresión, esto llevaría a un gran costo en el tratamiento, y la necesidad de otro familiar cuidador, lo que incrementaría aún más el gasto.

Es por tal motivo, que el presente estudio es importante; dado que a pesar de existir múltiples estudios sobre depresión en pacientes; los estudios relacionados a familiares son muy pocos a nivel mundial, y no hay estudios a nivel de nuestro país, lo que nos presenta un problema que requiere investigación.

“La Frecuencia de síntomas depresivos en familiares de pacientes con cáncer”, es un tema que ha sido revisado de manera directa, e indirectamente a nivel internacional; sin embargo, su investigación a nivel de Latinoamérica, y a nivel nacional y local es escasa, lo que justifica su importancia; y la necesidad de su profundización.

Los objetivos del presente estudio son: Determinar la Frecuencia de presentación de Síntomas de depresivos en familiares cuidadores de pacientes con cáncer, Identificar las características Epidemiológicas de estos y Determinar si existe una relación entre las características epidemiológicas de los familiares cuidadores y el grado de depresión de los familiares cuidadores. Esto nos permitirá determinar si el hecho de cuidar a un familiar con un padecimiento tan crónico podría significar la aparición de síntomas depresivos, y qué relación tienen estos con las características epidemiológicas, como son la edad, el Sexo, el Lazo familiar, y el tiempo que está recibiendo tratamiento su familiar, por ende el tiempo que están siendo cuidadores.

La relevancia científica de este estudio radica en que, al no existir estudios similares en nuestro país, los hallazgos que se pudieran encontrar, nos permitirían un abordaje preventivo en la afectación que puede llegar a tener la enfermedad de un miembro de la familia en todo el núcleo familiar.

Además, existe también relevancia social, puesto que un problema en un miembro de la familia, afecta a todo el núcleo familiar, desencadenando problemas en los demás miembros, lo que a su vez desencadena un problema social; que podría llegar a afectar en el trabajo, discusiones familiares, e incluso gastos y problemas económicos.

Finalmente, dado que este estudio busca realizar un screening de síntomas depresivos, es relativamente económico, simple, y nos permite, de una manera sencilla, identificar un problema médico, científico y social; lo que en un futuro podría ser prevenido con un abordaje multifactorial, frente a los familiares cuidadores de aquellos pacientes con cáncer.



CAPITULO I

MATERIALES Y MÉTODOS

CAPITULO I MATERIALES Y MÉTODOS

1. Tipo de Estudio

El presente estudio es de tipo Observacional, Prospectivo; Nivel: Descriptivo según la clasificación de Altman, D. (1991).

2. Participantes

Participaron del presente estudio un total de 100 familiares cuidadores de pacientes con cáncer (78% mujeres), que acudieron por consulta externa en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN) durante los meses de Enero y Febrero del año 2017.

3. Criterios de Inclusión

1. Familiares directos de Pacientes con el diagnóstico de cáncer, tratados en Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN.
2. Familiares que sean cuidadores de dichos Pacientes,
3. Familiares de pacientes que reciban tratamiento para el cáncer en Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN.

4. Criterios de Exclusión

1. Familiares de Pacientes con el diagnóstico de cáncer que se rehúsen a participar en el Estudio.
2. Familiares de dichos pacientes que estén ausentes durante el tiempo de toma de datos.
3. Familiares de Pacientes que por dificultad en el idioma no tengan posibilidad de responder la encuesta

5. Instrumento

Se utilizó como instrumento la Encuesta, la cual estaba conformada por: El consentimiento informado, una ficha de recolección de datos y el Inventario para la Depresión de Beck BDI-

Il versión en español.

La ficha de toma de datos incluía Edad del participante, género de este, lazo familiar con el paciente tratado en el IREN, tiempo de tratamiento de su familiar, y la pregunta “¿Se siente Ud. Afectado por la enfermedad de su familiar?, ¿Cuánto?”

Inventario de la Depresión de Beck-II (BDI-II; Versión español).

El Inventario para la Depresión de Beck BDI-II es un instrumento de autoinforme con 21 ítems, diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. En cada uno de sus ítems la persona tiene que elegir entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas.

Cada ítem del Inventario, evalúa un criterio de depresión, siendo estos:

1. Tristeza
2. Pesimismo
3. Sentimientos de Fracaso
4. Pérdida de Placer
5. Sentimientos de Culpa
6. Sentimientos de Castigo
7. Decepción con uno mismo.
8. Autocríticas
9. Pensamientos Suicidas
10. Llanto
11. Irritabilidad
12. Pérdida de Interés
13. Indecisión

14. Autoimagen
15. Pérdida de Energía
16. Cambios de Sueño
17. Cansancio
18. Pérdida de Apetito
19. Pérdida de Peso
20. Preocupación por el Estado físico
21. Interés en el Sexo.

Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos, dependiendo de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63.

Una vez obtenida la puntuación total, se obtienen “Grados de Depresión”, los que se pueden clasificar en 4:

- Mínima: Puntaje de 0 a 13
- Leve: Puntaje de 14 a 19
- Moderada: Puntaje de 20 a 28
- Grave: Puntaje de 29 a 63

6. Validación del Instrumento

El Inventario para la Depresión de Beck que se utilizará es la versión española del BDI-II de Sanz, Navarro et al. (2003), cuyas propiedades psicométricas han sido examinadas tanto en muestras españolas de estudiantes universitarios (Sanz, Navarro et al., 2003) y de adultos de la población general (Sanz, Perdigón et al., 2003), como de pacientes con trastornos psicológicos (Sanz et al., 2005), obteniéndose en todos los casos índices de fiabilidad y validez adecuados.

7. Procedimiento

Durante los meses de Enero y Febrero del 2017, se acudió a las instalaciones del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, a consultorios externos, donde se encontraban pacientes y familiares cuidadores.

Se seleccionaron aquellos familiares que cumplían los criterios de inclusión, y se procedió a explicarles los objetivos del trabajo de Investigación.

A los familiares que accedieron a participar, se les entrega el material y se les explica paso a paso el llenado de la Ficha de datos, y el marcado adecuado en el Inventario BDI-II.

Una vez que se obtienen 100 Encuestas llenas, que cumplan los criterios de inclusión y que hayan sido llenadas adecuadamente, se detiene la toma de datos, y se procede al vaciado de estos a la Base de Datos creada en Excel para su evaluación y análisis.

8. Criterio para Manejo de Resultados

a. Plan de Procesamiento:

El procesamiento de datos se realizó en Excel versión 2013, en donde se vaciaron todos los datos obtenidos de las encuestas realizadas a los familiares, y se procedió a sumar cada encuesta, además de dividir a los participantes según las características epidemiológicas encontradas.

b. Plan de Análisis:

Para el análisis de datos se utilizó Paquete de datos SPSS 23, sobre las puntuaciones obtenidas de los niveles de gravedad del BDM I-II, relacionando estas con las características epidemiológicas de los participantes.

Dado que las variables a correlacionar son todas cualitativas, se utilizó Chi-Cuadrado para relacionar los datos obtenidos.

Se realizó estadística descriptiva.



CAPITULO II RESULTADOS

CAPITULO II RESULTADOS

“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON CÁNCER, ATENDIDOS EN EL IREN – ENERO y FEBRERO 2017”

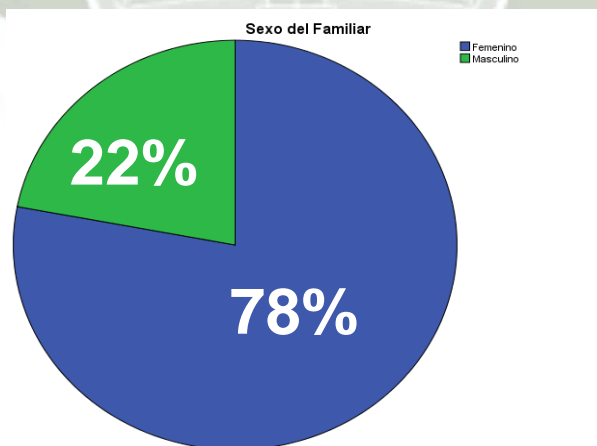
Tabla N° 1
Género de Los Participantes

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	78	78.0
Masculino	22	22.0
Total	100	100.0

Fuente: Elaboración Propia.

Participaron un total de 100 participantes, de los cuales un 78% eran mujeres y 22% varones.

Gráfico N° 1
Genero de los Familiares



Fuente: Elaboración Propia.

“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON CÁNCER, ATENDIDOS EN EL IREN – ENERO y FEBRERO 2017”

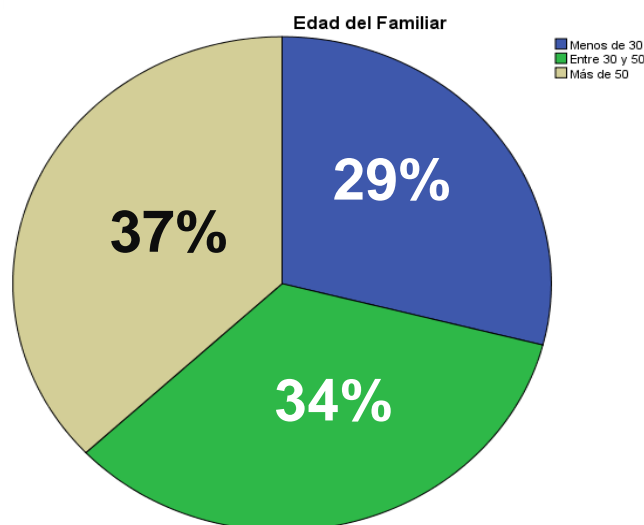
Tabla N° 2
Edad de Los Participantes

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 30	29	29.0
Entre 30 y 50	34	34.0
Más de 50	37	37.0
Total	100	100.0

Fuente: Elaboración Propia.

Participaron familiares con edades de 15 a 83 años, con un promedio de edad de 43,53. Se observa que un 29% de los participantes fueron menores de 30 años, un 34 % tuvieron entre 30 y 50 años , y un 37 % fueron de más de 50 años.

Gráfico N° 2
Edad de los familiares.



Fuente: Elaboración Propia

“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON CÁNCER, ATENDIDOS EN EL IREN – ENERO Y FEBRERO 2017”

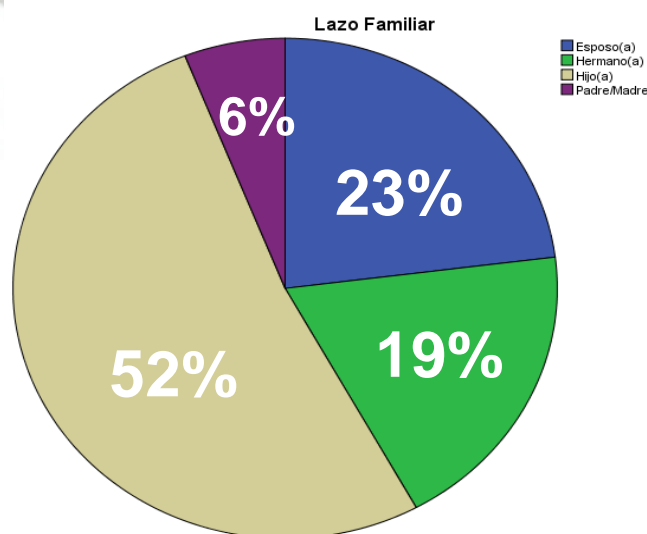
Tabla N° 3
Lazo Familiar de los participantes.

	Frecuencia	Porcentaje
Espos(a)	23	23.0
Hermano(a)	19	19.0
Hijo(a)	52	52.0
Padre/Madre	6	6.0
Total	100	100.0

Fuente: Elaboración Propia

Se observa el Lazo familiar que tiene el familiar cuidador con el paciente con cáncer, donde un 23% de cuidadores fueron Esposos, un 19% Hermanos, un 52% Hijos y un 6% de estos Padres o Madres.

Gráfico N° 3
Lazo Familiar.



Fuente: Elaboración Propia

“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON CÁNCER, ATENDIDOS EN EL IREN – ENERO Y FEBRERO 2017”

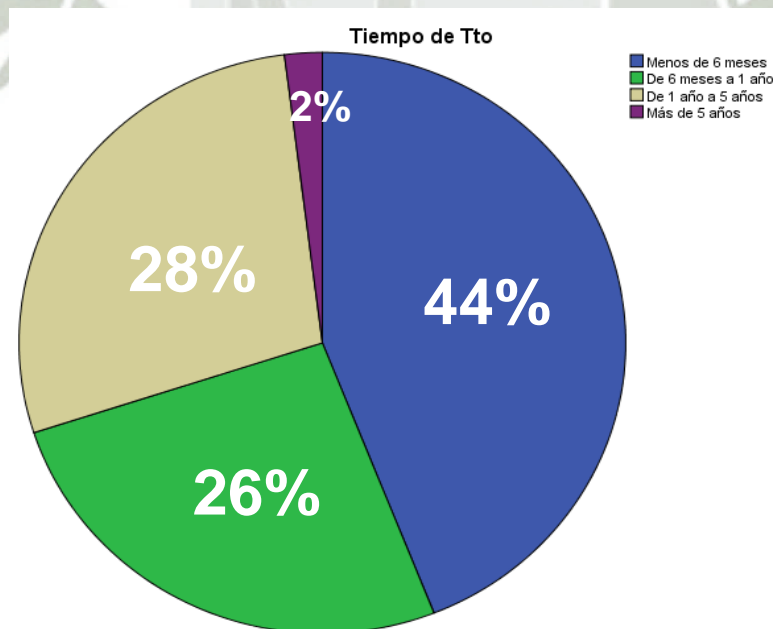
Tabla N° 4
Tiempo de tratamiento de los pacientes con cáncer

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 6 meses	44	44.0
De 6 meses a 1 año	26	26.0
De 1 año a 5 años	28	28.0
Más de 5 años	2	2.0
Total	100	100.0

Fuente: Elaboración Propia

Se observa que un 44% de los familiares de los participantes tuvieron un tiempo de tratamiento de Menos de 6 meses, un 26% de 6 meses a un año, un 28% de 1 a 5 años, y un 2% m.

Gráfico N° 4
Tiempo de Tratamiento.



Fuente: Elaboración Propia

“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON CÁNCER, ATENDIDOS EN EL IREN – ENERO y FEBRERO 2017”

Tabla N° 5
¿Se siente Afectado?

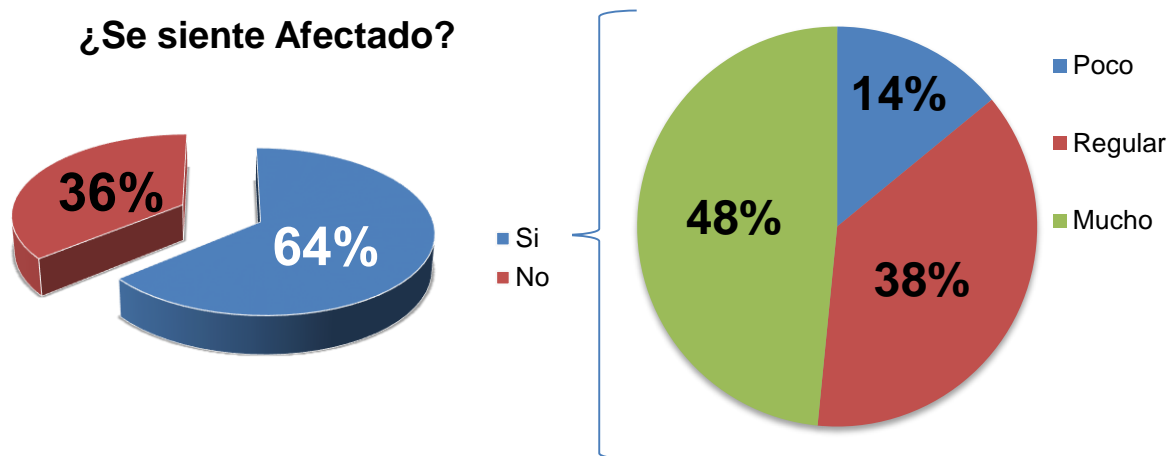
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	64	64.0
No	36	36.0
Total	100	100.0

Fuente: Elaboración Propia.

Al preguntar si los familiares se sentían afectados por la enfermedad, se obtuvo los siguientes resultados:

Un 64% respondió SI y un 36% respondió NO. De los que respondieron “SI”, un 48% refirió que le afecto Mucho, un 37% Regular, y un 14 % Poco.

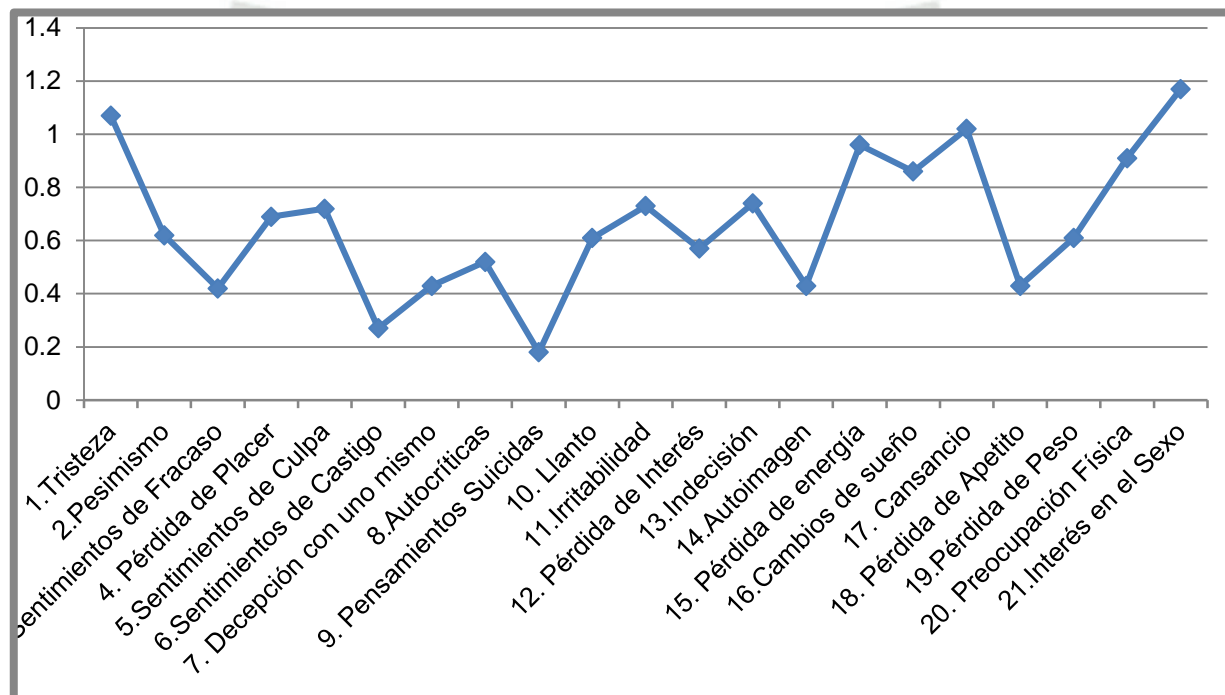
Gráfico N° 5
¿Se siente Afectado?



Fuente: Elaboración Propia.

“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON CÁNCER, ATENDIDOS EN EL IREN – ENERO Y FEBRERO 2017”

Gráfico N° 6
Promedio de puntajes obtenidos en cada pregunta.



Fuente: Elaboración Propia.

En el presente grafico se observa los promedios de puntajes obtenidos en cada pregunta, observándose que los ítem que estuvieron más presentes fueron Tristeza Y falta de interés en el sexo .el ítem menos presente fue pensamientos suicidas.

“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON CÁNCER, ATENDIDOS EN EL IREN – ENERO Y FEBRERO 2017”

Tabla N° 6

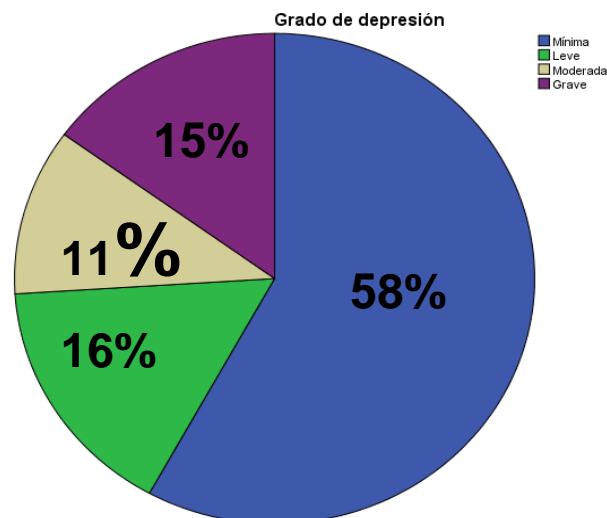
Grados de Depresión obtenidos según el puntaje del Inventario de Depresión de Beck BDI .II.

GRADO DE DEPRESIÓN	Frecuencia	Porcentaje
Mínima	58	58.0
Leve	16	16.0
Moderada	11	11.0
Grave	15	15.0
Total	100	100.0

Fuente: Elaboración Propia.

Teniendo en cuenta que los grados se obtienen de la sumatoria de los puntos obtenidos en la encuesta, que van de 0 a 63, se encontró que un 42% de la población tuvo algún grado de depresión.

Gráfico N° 7
Grados de Depresión



Fuente: Elaboración Propia.

“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON CÁNCER, ATENDIDOS EN EL IREN – ENERO y FEBRERO 2017”

Tabla N° 7

Tabla Cruzada: Edad / Grado de Depresión

Edad del Familiar	Grado de depresión				Total
	Mínima	Leve	Moderada	Grave	
Menos de 30	20	3	3	3	29
Entre 30 y 50	29	2	3	0	34
Más de 50	9	11	5	12	37
Total	58	16	11	15	100

Fuente: Elaboración Propia.

Cuadro obtenido al relacionar la edad de los participantes con el grado de depresión según el BDI-II. Donde un 20% de Menores de 30 años tuvo depresión Mínima, un 29% de 30 y 50 años, y sólo un 9% de más de 50 años.

Tabla N° 8

Prueba Chi Cuadrado.

Pruebas Chi-Cuadrado	Valor	gl	Significación asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	32.702a	6	.000
Razón de verosimilitud	37.309	6	.000
Asociación lineal por lineal	12.577	1	.000
N de casos válidos	100		

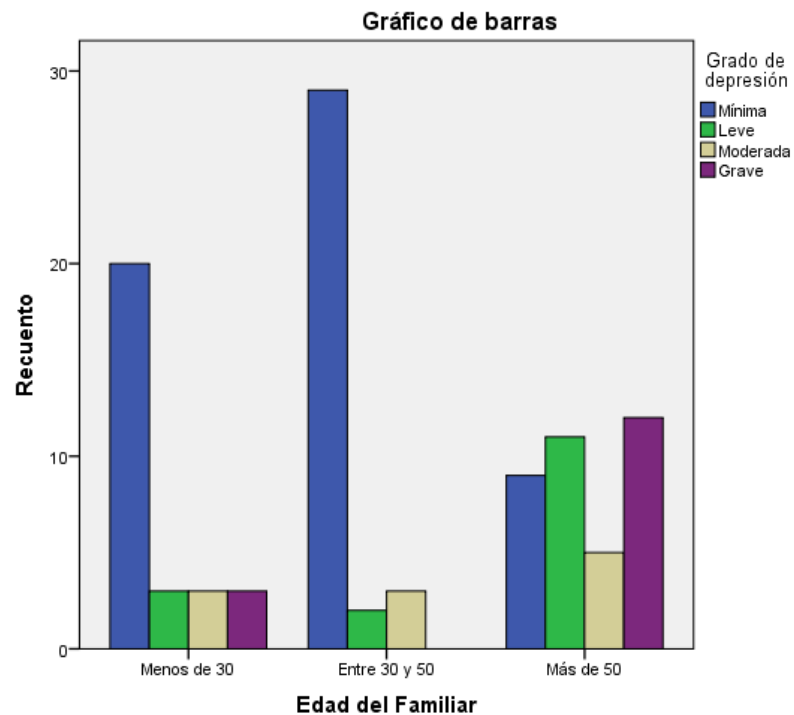
Fuente: Elaboración Propia.

Se obtuvo un Chi-cuadrado de 32,7; que al realizar la Significación nos da un valor de 0,000.

“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON CÁNCER, ATENDIDOS EN EL IREN – ENERO y FEBRERO 2017”

Gráfico N° 8

Gráficos de Barras de la relación Edad /Grado de depresión.



Fuente: Elaboración Propia.

Se observa una marcada diferencia en los mayores de 50 años, donde observamos que la frecuencia de “Depresión Grave” aparece notoriamente.

“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON CÁNCER, ATENDIDOS EN EL IREN – ENERO y FEBRERO 2017”

Tabla N°9

Tabla Cruzada: Género / Grado de Depresión

Sexo del Familiar	Grado de depresión				Total
	Mínima	Leve	Moderada	Grave	
Femenino	43	14	9	12	78
Masculino	15	2	2	3	22
Total	58	16	11	15	100

Fuente: Elaboración Propia.

Resultados encontrados Al relacionar el género de los participantes con el grado de depresión según el BDI-II. Donde un 43% de Mujeres tuvo depresión Mínima, y sólo un 15% de Varones.

Tabla N° 10

Prueba Chi Cuadrado

Prueba de Chi-Cuadrado	Valor	gl	Significación asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	1.474a	3	.688
Razón de verosimilitud	1.575	3	.665
Asociación lineal por lineal	.486	1	.486
N de casos válidos	100		

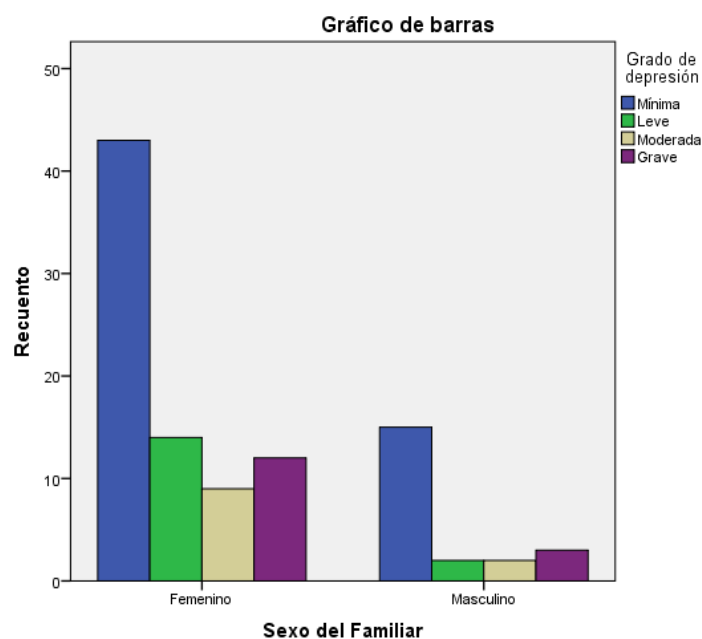
Fuente: Elaboración Propia.

Se obtuvo un Chi-cuadrado de 1,47; que al realizar la Significación nos da un valor de 0,688.

“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON CÁNCER, ATENDIDOS EN EL IREN – ENERO Y FEBRERO 2017”

Gráfico N° 9

Gráfico de Barras de la relación Género/ Grado de depresión.



Fuente: Elaboración Propia.

Se observan mayores grados de depresión en los participantes de género femenino.

“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON CÁNCER, ATENDIDOS EN EL IREN – ENERO y FEBRERO 2017”

Tabla N° 11

Tabla Cruzada: Lazo Familiar / Grados de Depresión.

Lazo Familiar	Grado de depresión				Total
	Mínima	Leve	Moderada	Grave	
Esposo(a)	6	5	3	9	23
Hermano(a)	12	2	2	3	19
Hijo(a)	37	6	6	3	52
Padre/Madre	3	3	0	0	6
Total	58	16	11	15	100

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla obtenida relacionar el Lazo Familiar de los participantes con aquellos familiares que cuidan, con el grado de depresión según el BDI-II.

Tabla N° 12

Prueba Chi Cuadrado.

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	Valor	gl	Significación asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	25.109 ^a	9	.003
Razón de verosimilitud	24.250	9	.004
Asociación lineal por lineal	14.550	1	.000
N de casos válidos	100		

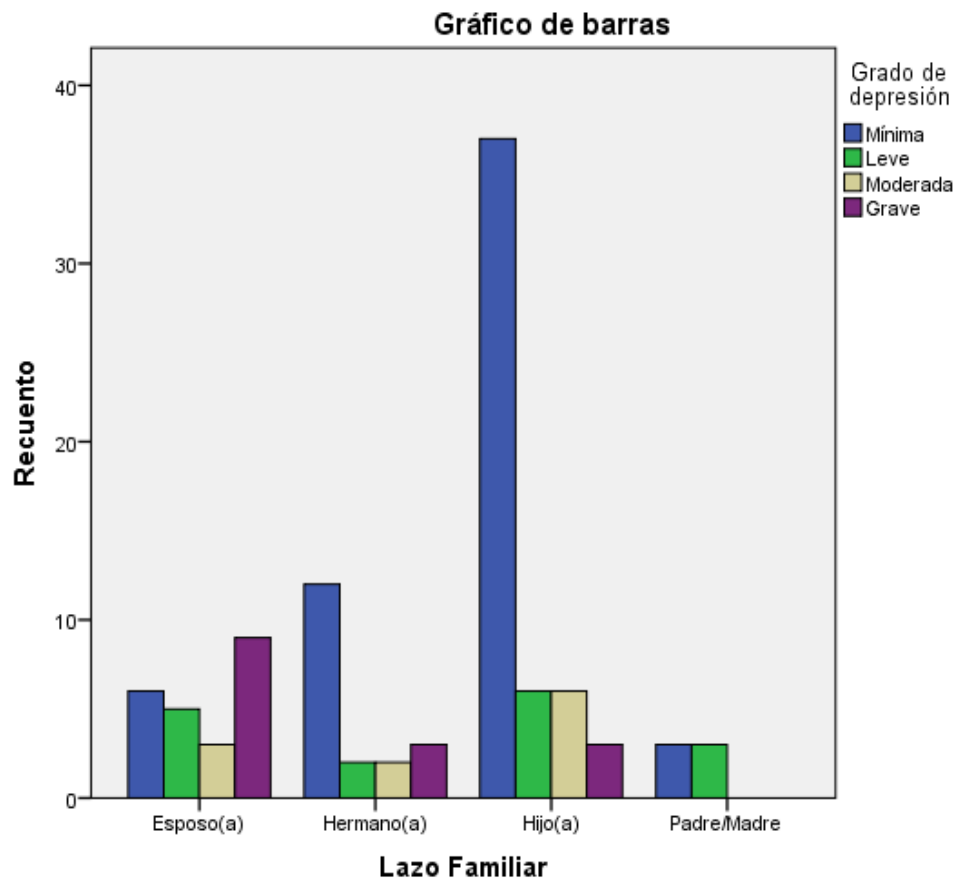
Fuente: Elaboración Propia

Se obtuvo un Chi-cuadrado de 25,109; que al realizar la Significación nos da un valor de 0,003.

“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON CÁNCER, ATENDIDOS EN EL IREN – ENERO y FEBRERO 2017”

Gráfico N° 10

Gráfico de Barras de las relación Lazo Familiar/ Grado de Depresión



Fuente: Elaboración Propia

Se observan mayores grados de depresión en los participantes con Lazo Familiar de Espos(a).

“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON CÁNCER, ATENDIDOS EN EL IREN – ENERO Y FEBRERO 2017”

Cuadro N° 13

Tabla Cruzada: Tiempo de Tratamiento / Grado de Depresión

Tiempo de Tratamiento	Grado de depresión				Total
	Mínima	Leve	Moderada	Grave	
Menos de 6 meses	41	3	0	0	44
De 6 meses a 1 año	9	9	8	0	26
De 1 año a 5 años	6	4	3	15	28
Más de 5 años	2	0	0	0	2
Total	58	16	11	15	100

Fuente: Elaboración Propia

Tabla obtenida al relacionar el Tiempo de tratamiento de aquellos familiares que son cuidados por los participantes, con el grado de depresión según el BDI-II. Donde un 41% de aquellos que llevan Menos de 6 meses de tratamiento tuvo depresión Mínima, un 9% de aquellos que llevaban de 6 meses a 1 año, 6% de 1 a 5 años, y 2% de más de 5 años.

Cuadro N° 14

Prueba Chi Cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Significación asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	80.098a	9	.000
Razón de verosimilitud	82.172	9	.000
Asociación lineal por lineal	38.363	1	.000
N de casos válidos	100		

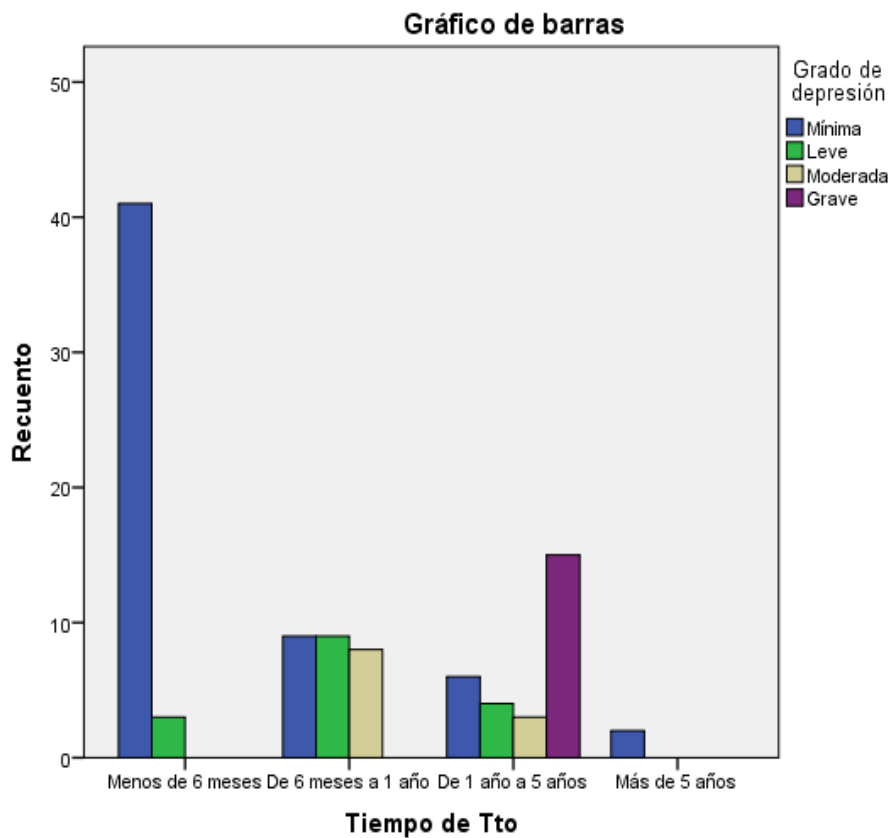
Fuente: Elaboración Propia

Se obtuvo un Chi-cuadrado de 80,098; que al realizar la Significación nos da un valor de 0,000.

“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON CÁNCER, ATENDIDOS EN EL IREN – ENERO Y FEBRERO 2017”

Gráfico N° 11

Gráfico de Barras de la relación Tiempo de Tratamiento / Grado de Depresión.



Fuente: Elaboración Propia

Se observa la aparición en el gráfico de grado “Grave” de depresión en aquellos participantes cuyos familiares llevan de 1 a 5 años en tratamiento

“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON CÁNCER, ATENDIDOS EN EL IREN – ENERO y FEBRERO 2017”

Tabla N° 15

tabla Cruzada: ¿Se siente afectado? / Grados de Depresión.

¿Se siente afectado?	Grado de Depresión				Total
	Mínima	Leve	Moderada	Grave	
Si	33	14	5	12	64
No	25	2	6	3	36
Total	58	16	11	15	100

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla obtenida al relacionar la pregunta “¿Se siente Afectado?” con el grado de depresión obtenido en el BDI-II. Donde un 33% de aquellos que refirieron sentirse afectados tuvo depresión Mínima, y un 25% de aquellos que no refirieron sentirse afectados.

Tabla N° 15

Prueba Chi Cuadrado.

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	G1	Significación asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	8.414a	3	.038
Razón de verosimilitud	9.159	3	.027
Asociación lineal por lineal	1.613	1	.204
N de casos válidos	100		

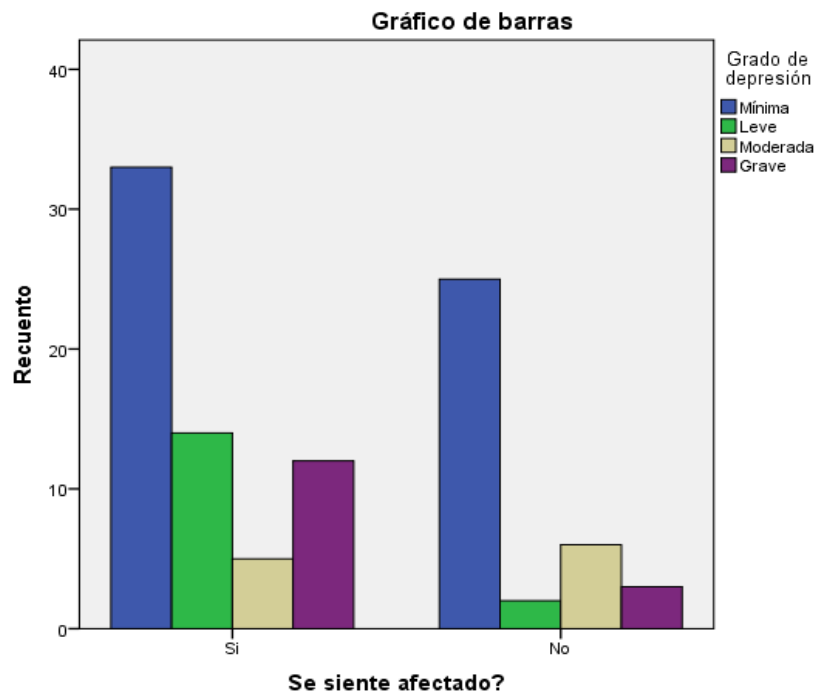
Fuente: Elaboración Propia.

Se obtuvo un Chi-cuadrado de 8,41; que al realizar la Significación nos da un valor de 0,038.

“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON CÁNCER, ATENDIDOS EN EL IREN – ENERO Y FEBRERO 2017”

Gráfico N° 12

Gráfico de Barras de la relación ¿Se siente Afectado?/ Grado de Depresión.



Fuente: Elaboración Propia.

Se observa en el gráfico que existen mayores grados de depresión en aquellos participantes que refirieron sentirse afectados por la enfermedad de su familiar.



CAPITULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

CAPITULO III DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente trabajo de investigación era determinar la Frecuencia de presentación de Síntomas de depresivos en familiares cuidadores de pacientes con cáncer, para lo cual se utilizó como instrumento el Inventario para la depresión de Beck BDI-II Versión en español. Al analizar los resultados obtenidos, podemos observar los siguientes resultados:

Primero se procede a analizar las características epidemiológicas de los familiares cuidadores.

En la Tabla N°1, se observa el Género de los familiares; observándose que el 78% de participantes fueron mujeres, y el 22% de estos varones.

Esto nos lleva a pensar que, los familiares que al mismo tiempo son cuidadores, son en su mayoría las mujeres, dado que son ellas las que se quedan en el hogar y es probable que por eso sean las encargadas de cuidar al familiar que padece cáncer.

Esto se correlaciona con un estudio de Haley W realizado en 2001, acerca de Familiares cuidadores en una casa de reposo, en el cual se encontró que la mayoría de familiares cuidadores eran mujeres.

En la Tabla N°2, se visualiza la Edad de los familiares; la cual, con fines académicos, se dividió en 3 categorías: Menores de 30 años, de 30 a 50 años, y mayores de 50 años.

Se encontró que un 29% de los encuestados tenían una edad menor a 30%, un 34% de ellos, tenía entre 30 y 50 años y un 37% de ellos fueron mayores de 50 años.

Este resultado es similar a uno encontrado en un estudio de 1995, en el cual se analiza la relación de la reacción de los cuidadores y la depresión en pacientes con cáncer, de Kurtz M y Given C . Este estudio reveló que la mayoría de cuidadores eran mujeres, casadas con los pacientes, con una edad promedio de 50 años.

En la Tabla N°3, se clasifica a los familiares cuidadores por el lazo familiar de estos con el paciente con cáncer, encontrándose que un 52% de familiares fueron hijos, un 23% Esposos o Esposas, un 19% Hermanos o Hermanas y un 6% padres o madres.

Comparando nuevamente con el estudio de Haley W realizado, acerca de Familiares cuidadores en una casa de reposo, se encuentra que la mayoría de cuidadores son esposas. El otro estudio comparado, de Kurtz M y Given C., nos revela un hallazgo similar, donde la mayoría de cuidadores eran mujeres esposas de pacientes.

En el Cuadro N°4, se clasificó a los participantes según el tiempo que lleva recibiendo tratamiento su familiar, encontrándose los siguientes porcentajes: Un 44% recibe tratamiento por menos de 6 meses, un 26% lleva recibiendo tratamiento de 6 meses a 1 años, un 28% recibe tratamiento de 1 a 5 años, y un 2% por más de 5 años.

Estos resultados nos indican que los participantes probablemente llevan cuidando a sus familiares por largo tiempo, llegando a durar varios años.

Del mismo modo, al comparar estas características epidemiológicas, todas se corresponden con el estudio de Haley W acerca de familiares cuidadores, los que refieren que las principales características demográficas de estos, fueron mujeres, esposas, con una edad promedio de 70 años.

Todo lo anterior nos reforzaría la idea de que son las esposas, las principales encargadas de cuidar a sus familiares enfermos, generalmente de edades de más de 50 años, encargadas de velar por la salud de su compañero de vida. “En la salud, y en la enfermedad”.

En la Tabla N°5, se puede observar la respuesta ante la pregunta planteada en la ficha de datos: “¿Se siente Ud. Afectado por la enfermedad de su familiar?, ¿Cuánto?”

Ante este cuestionamiento, un 64% de familiares respondió afirmativamente, dentro de los

cuales, un 14% refirió que se siente Poco afectado, un 38% refirió que se sentía Regularmente afectado, y un 48% refirió que le había afectado Mucho.

Esta pregunta se hizo para correlacionar, si existiese alguna relación entre sentirse afectado, y presentar síntomas de depresión, lo cual será analizado más adelante, sin embargo, se puede encontrar que la mayoría de participantes se siente afectado por la enfermedad de su familiar.

En el Gráfico N°6 se analiza cuáles fueron las preguntas que la mayor cantidad de participantes respondió afirmativamente, donde podemos observar que son aquellas acerca de tristeza y pérdida de interés en el sexo, seguidas por las preguntas acerca de cansancio, pérdida de energía, y preocupación por el estado físico. Las preguntas que se respondieron en su mayoría de forma negativa fueron pensamientos suicidas, y sentimientos de castigo.

Estos resultados, nos muestran que, los primeros síntomas en aparecer, tras el cuidado de un familiar enfermo, serían la tristeza, la pérdida del interés en actividades placenteras, y sobretodo que se desarrolla una preocupación en la salud propia, para evitar caer en una enfermedad igual de severa. Por otro lado, el síntoma que menos apareció fue el de pensamientos suicidas, quizás por el hecho de que cuidar a un familiar enfermo, podría conllevar mayor aprecio por la vida, y mejor cuidado de la salud propia.

En la Tabla N° 6, se muestra el puntaje final obtenido en el Inventario para la Depresión de Beck BDI-II Versión Español; encontrándose que un 16% obtuvo un puntaje entre 14 y 19 (Grado Leve), un 11% obtuvo un puntaje de 20 a 28 (Moderado), y un 15% obtuvo un puntaje entre 29 a 63 (Grave).

La sumatoria de estos 3, nos da un 42%; es decir, un 42% de los participantes ha presentado al menos un número importante de síntomas depresivos, y podría requerir mayor evaluación para descartar un episodio depresivo.

Considerando lo referido en “Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario

de Depresión de Beck-II (BDI-II) de Sanz J y García-Vera (2013)”, podemos pensar que en aquellos que obtuvieron un puntaje alto en el BDI-II, se puede sospechar de un trastorno depresivo mayor, ya que los índices de sensibilidad y especificidad de dicho instrumento, son aceptables según los estándares actuales para pruebas psicopatológicas clínicas; es decir, que dados los puntajes obtenidos por los participantes del presente estudio, podemos afirmar que sí existen síntomas depresivos en los familiares cuidadores.

Para, el último objetivo, era correlacionar las características epidemiológicas de los familiares con los grados de depresión encontrados según el BDI-II, encontrándose los siguientes resultados:

En la tabla N°7: Dentro de las características epidemiológicas, la primera que analizaremos será la edad.

Al relacionar la edad de los participantes y el grado de depresión, encontramos que en los Mayores de 50 años se encontró mayores valores compatibles con grados de depresión Moderada a Grave.

Al realizar el análisis estadístico con Chi Cuadrado, encontramos una significancia de 0.000 (**Tabla N°8**), lo que nos indica que existe relación entre las variables; es decir, el Grado de depresión encontrado, dependerá de la edad del participante, siendo este mayor en participantes mayores de 50 años.

Estos resultados, son similares a los encontrados en “Depresión en familiares cuidadores de pacientes con cáncer: sentimiento de carga como predictor de depresión” estudio de Rhee Y, Yun Y, et al. Del Journal of Clinical Oncology de 2008; estudio en el cual, se encontró que un 69% de familiares cuidadores con un BDI>13 puntos fueron mayores de 50 años. Esto nos lleva a pensar que aquellos familiares cuidadores con edades de más de 50 años, tienen mayor riesgo de presentar síntomas depresivos, dado que además de la carga emocional que conlleva cuidar a un familiar enfermo, se encuentran en una edad que sería un factor de

riesgo adicional para padecer depresión.

En la Tabla N°9 se relacionó el Sexo con el Grado de depresión obtenido en el BDI-II. Se encontró que las mujeres fueron las que mayor cantidad de síntomas depresivos presentaron. Al realizar el análisis estadístico, se encontró una significancia de 0,6 (**Tabla N°10**), lo que significaría que no existe relación entre el sexo del participante y el grado de depresión.

Esto se contrapone a lo encontrado en el estudio de Rhee Y, Yun Y, et al, antes mencionado. Dicho estudio, encontró puntajes en el BDI>13 en mujeres en un 73%, con un $P<0,001$. Es decir que en dicho estudio la relación entre altos puntajes en el BDI y depresión fue estadísticamente significativa.

Este contraste de resultados, nos dice que quizás esta característica epidemiológica en específico requiera mayor investigación, dado que los participantes del presente estudio fueron en su mayoría mujeres.

En el Tabla N° 11, se relacionó el Lazo familiar con el grado de depresión. Dentro de lazo familiar se tienen las categorías: Esposo(a), Hijo(a), Hermano(a) y Padre/Madre.

Se encontró mayores grados de depresión en la categoría Esposo(a), y como segundo lugar en los Hijos. Al analizar dichos valores con Chi-cuadrado, se obtiene una significancia de 0.000(**Tabla N°12**); lo que nos revela que definitivamente existe una relación entre el lazo familiar y el grado de depresión, siendo este mayor en los Esposos o Esposas.

Citando nuevamente al estudio del Journal of Clinical Oncology de 2008, observamos una relación similar, encontrándose niveles en el BDI>13 en un 71% en esposas, con un $P=0.59$, lo que apoyaría el concepto de que son los esposos(as) los que en su mayor parte presentan síntomas depresivos.

Otro estudio, llamado “Carga y depresión en cuidadores de pacientes con cáncer en el final

de la vida” de Given B, Wyatt G, Given C y Sherwood del 2004, nos revela que en pacientes con cáncer de pulmón, los cuidadores que eran esposas, estuvieron más deprimidos que los cuidadores que no eran esposos; Sin embargo, en este estudio, se nos muestra otra cuestión; dado que revela que las esposas que eran desempleadas tuvieron mayor incidencia de depresión que aquellos que tenían un empleo.

En la Tabla N°13, se relacionó el tiempo que el paciente estaba recibiendo tratamiento con el Grado de depresión encontrado en el familiar cuidador. El tiempo de tratamiento, con fines académicos, fue dividido en 4 categorías: Menos de 6 meses, de 6 meses a 1 año, de 1 año a 5 años, y más de 5 años.

Se encontraron mayores grados de depresión en aquellos que llevan recibiendo tratamiento de 1 a 5 años, y como segundo lugar los que reciben tratamiento de 6 meses a 1 año, con una significancia de 0.000 (**Tabla N°14**), lo que nos demuestra que existe una relación entre el tiempo de tratamiento y el grado de depresión encontrado.

Un estudio publicado en 2016 (Dionne-Odom J, Demark-Wahnefried W, Taylor R, Rocque G, Azuero A, Acemgil A et al) acerca de familiares cuidadores, reveló que el mayor tiempo de cuidado al paciente es inversamente proporcional al buen cuidado propio; por lo que podríamos inferir que a más tiempo cuidando a un paciente, desencadenaría mayor abandono propio, pudiendo desencadenar episodios depresivos.

En la Tabla N°15, se relacionó la respuesta a la pregunta “¿Se siente Ud. Afectado por la enfermedad de su familiar?” con el grado de depresión, encontrándose mayores puntajes y grados de depresión en aquellos participantes que respondieron “Si”.

Al realizar el análisis estadístico, obtenemos una significancia de 0.038 (**Tabla N°16**), lo que significaría que efectivamente existe una relación entre la sensación de encontrarse afectado con el grado de depresión.

Esto también pudimos verlo en “Relación entre las reacciones del cuidador y síntomas depresivos”(Kurtz M, Kurtz J, Given C, Given B), el cual concluye que aquellos cuidadores que

se mostraron optimistas, percibieron menor impacto en su horario, salud, y menores niveles de depresión.





CAPITULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPITULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES

Primera:

En casi un 50% de familiares cuidadores, existe algún grado de depresión, siendo grave en un 15% de familiares, concluyéndose que aquellos familiares que son además cuidadores de pacientes con cáncer pueden padecer de algún trastorno depresivo.

Segunda:

El perfil epidemiológico de los familiares cuidadores se describe como mujer, mayor de 50 años, esposa o hija, cuyos familiares llevan o menos de 6 meses de tratamiento, o de 1 a 5 años. Además, un 64% de los familiares refirió sentirse afectado por la enfermedad de su familiar.

Tercera:

Existe relación estadísticamente significativa entre la edad, el Lazo familiar y el tiempo de tratamiento con el grado de depresión encontrado; observándose que la depresión sería mayor en aquellos familiares mayores de 50 años, esposas, y cuyos familiares llevan en tratamiento de 1 a 5 años.

2. RECOMENDACIONES

Primera:

A los médicos tratantes de los pacientes con cáncer, se les recomienda brindar información acerca de depresión a los familiares cuidadores, de modo que puedan acudir a un clínico, ante la aparición de cualquier síntoma.

Segunda:

Dado que se ha encontrado que los familiares cuidadores tienen un factor de riesgo para depresión, se recomienda a todos los familiares cuidadores de pacientes con cáncer, acudir a un consultorio psiquiátrico, para realizarse un screening de depresión.

Tercera

Puesto que se ha encontrado que la mayoría de cuidadores son mujeres, esposas o hijas de familiares con cáncer, se recomienda a los familiares de pacientes con cáncer que el cuidado de un paciente debe ser conjunto, tratando de involucran más a los demás miembros de la familia, para así evitar que sea sólo un familiar el encargado del cuidado del paciente con cáncer.

Cuarta:

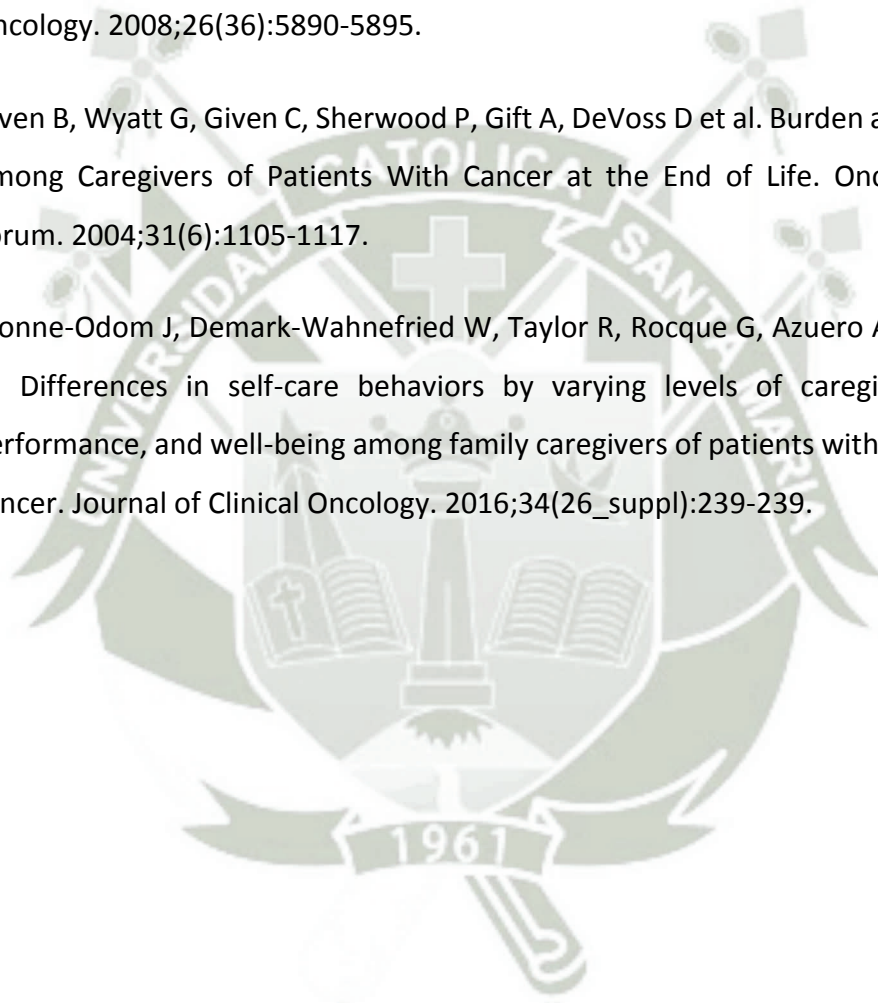
Se recomienda realizar otras investigaciones, para así confirmar los hallazgos encontrados en el presente estudio en otros hospitales, y de este modo poder iniciar una línea de prevención que abarque a aquellos familiares que son además el cuidador principal de los pacientes con cáncer.

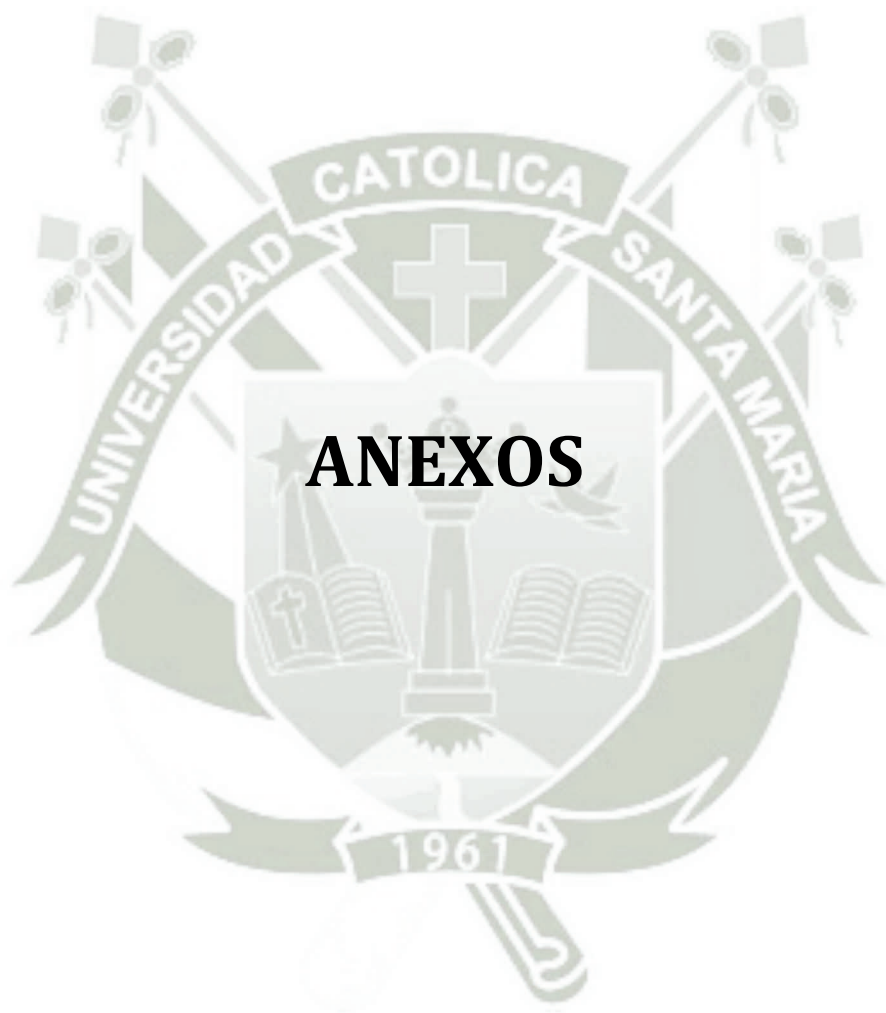
BIBLIOGRAFÍA

- OMS | Cáncer. Who.int 2017 [cited 20 January 2017].
- Stewart BWild C. World cancer report 2014.
- Ramos Muñoz WVenegas Ojeda D. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 2013. Lima Ministerio de Salud, : Dirección General de Epidemiología
- Gaviria AM, Vinaccia S, Riveros MF, Quiceno JM. Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicol desde el Caribe*. 2007;20:50–75.
- Jeffrey M Lyness, MD, Patient education: Depression in adults (Beyond the Basics) In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA
- La depresión. Organización Mundial de la Salud. 2017 [cited 20 January 2017].
- Benjamín J. Saddock, Virginia J. Saddock, Manual de Psiquiatría Clínica. 5ª ed. Barcelona: Edición Española
- Sadock B, Sadock V, Sussman N, Cancro R, Ahmad S. Kaplan & Sadock. Manual de bolsillo de psiquiatría clínica. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013
- Espinosa A, Caraveo J, Miguel Z, Alicia A, Krug E, Olivares R, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. *Salud Ment*. 2007;30(6):69–80.
- Ezquiaga Terrazas E, García López A, Díaz de Neira M, García Barquero MJ. “Depresión”: Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría*. 2011;31(3):457–75.

- Sanz J, García-Vera MP. Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del inventario de depresión de beck-II (BDI-II). *An Psicol.* 2013;29(1):66–75.
- Camacho Segura PHeinze Martin G. Guía clínica para el manejo de la depresión. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la fuente Muñiz, México. 2010
- Valencia Lara SC. Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Diversitas: Perspectivas en Psicología* 20062241-257
- Diaz G, Yaringaño J. Clima Familiar Y Afrontamiento Al Estrés En Pacientes Oncológicos. *Rev IIPSI.* 2010;13(1):69–86.
- Rojas N, Arteaga R. Prevalencia de trastornos mentales. 2009;21(4):212–20.
- Kohlsdorf M, Iru W, Uhvhdufk I, Suhvhqwhg DUH, Vxssruw WR, Flhqw HI, et al. Psychosocial Impact of Pediatric Cancer on Parents : A Literature Review 1 Impacto Psicossocial do Câncer Pediátrico para Pais : Revisão da Literatura Impacto Psicosocial del Cáncer en la Infancia para Padres : Revisión de la Literatura. 2012;22(51):119–29.
- Manuscript A. NIH Public Access. *Changes.* 2012;29(6):997–1003.
- FRIEDMAN, Richard A. Grief, Depression, and the DSM-5. *N Engl J Med* 2012; 366 (20): 1855-1857
- Hernández Zamora ZEhrenzweig Sánchez Y. Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. *Enseñanza e Investigación en Psicología.* 2008; 13(1):127-142.
- Menezes de Lucena Carvalho V, Fernández Calvo B, Hernández Martín L, Ramos Campos F, Contador Castillo I. Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema;* 18(4):791-796
- Sanz J, García-Vera MP. Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del inventario de depresión de beck-II (BDI-II). *An Psicol.* 2013;29(1):66–75.

- Haley W. Family Caregiving in Hospice:. Hospice Journal, The. 2001;15(4):1-18.
- Kurtz M, Kurtz J, Given C, Given B. Relationship of caregiver reactions and depression to cancer patients' symptoms, functional states and depression—A longitudinal view. Social Science & Medicine. 1995;40(6):837-846.
- Rhee Y, Yun Y, Park S, Shin D, Lee K, Yoo H et al. Depression in Family Caregivers of Cancer Patients: The Feeling of Burden As a Predictor of Depression. Journal of Clinical Oncology. 2008;26(36):5890-5895.
- Given B, Wyatt G, Given C, Sherwood P, Gift A, DeVoss D et al. Burden and Depression Among Caregivers of Patients With Cancer at the End of Life. Oncology Nursing Forum. 2004;31(6):1105-1117.
- Dionne-Odom J, Demark-Wahnefried W, Taylor R, Rocque G, Azuero A, Acemgil A et al. Differences in self-care behaviors by varying levels of caregiving intensity, performance, and well-being among family caregivers of patients with high-mortality cancer. Journal of Clinical Oncology. 2016;34(26_suppl):239-239.





ANEXO 1

PROYECTO DE INVESTIGACION

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

**Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana**



Proyecto de investigación

**“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS
EPIDEMIOLÓGICAS DE FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES
CON CÁNCER, ATENDIDOS EN EL IREN – ENERO y FEBRERO
2017”**

AUTORES: Angélica Victoria Díaz
Cárdenas

ASESOR: DR. CRISTHIAN VARGAS

Arequipa - Perú

2017

I. PREÁMBULO

El presente proyecto busca investigar y entender que cuando hay una situación dramática en la familia, esto causa una repercusión importante en todo el núcleo familiar.

Cuando se habla de cualquier enfermedad, especialmente aquellas que amenazan la vida, esto supone una situación nueva y difícil para el paciente y su familia. Los cambios en el funcionamiento y rutina familiar, la amenaza física y psicológica que surgen a raíz de un diagnóstico de cáncer pueden llegar a ser abrumadores, sin embargo existen, y las familias tienen que enfrentarse a ellos.

El paciente enfermo con cáncer vive los síntomas propios de la enfermedad, debe tolerar todo tipo de tratamiento; ya sea invasivo, doloroso y largo, al que debe ser sometido conjuntamente con los efectos secundarios que produce. Se enfrenta a las repercusiones psicológicas de la enfermedad: miedo, ansiedad, depresión y soledad.

La depresión es una consecuencia común de este padecimiento, por los diversos procedimientos que debe pasar el paciente, llegando a mostrar desánimo, tristeza, poco interés en los juegos, problemas de sueño; el enfermo siente que no puede afrontar la enfermedad.

Cuando el diagnóstico de cáncer de un paciente es dado a los familiares, un fuerte shock los sobrecoge conjuntamente con varias emociones intensas. Los momentos en que experimentan todas estas emociones difieren entre ellos y dependerán de temas emocionales de su pasado, de estrategias para lidiar con situaciones estresantes y dinámica familiar, entre otros. Algunas de estas emociones son la confusión y entumecimiento, negación, culpa, miedo e impotencia, ira y enojo, tristeza y duelo, aceptación de la enfermedad y esperanza.

Finalmente, el hecho de cuidar día a día al familiar con cáncer, supone ver a este, enfrentar la posible muerte, y padecer todos los síntomas, tanto físicos, como psicológicos. Todos estos sentimientos padecidos por el paciente, llevarían al familiar a sumirse en un sentimiento de duelo ante la pérdida de la normalidad, que la vida no será igual, ante los sueños y expectativas que se tenían del enfermo y ante una posible muerte.

La investigación que se realizara nos llevará a determinar una relación entre depresión, paciente y familia. El presente proyecto busca investigar y entender que cuando hay una situación dramática en la familia, esto causa una repercusión importante en todo el núcleo familiar.



II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la Frecuencia de Síntomas de Depresión en familiares cuidadores de pacientes con cáncer, atendidos en el IREN en enero del 2017?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Depresión



b) Análisis de Variables

Cuadro n°1: Variables

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Características Epidemiológicas de los familiares cuidadores	1) Edad	- Menos de 30 años - De 30 a 50 años - Más de 50 años	Cualitativa	Ordinal
	2) Género	Masculino/Femenino	Cualitativa	Nominal
	3) Lazo Familiar	- Padre/Madre - Esposo/Esposa - Hijo/Hija - Hermano/Hermana	Cualitativa	Nominal
	4) Tiempo de tratamiento para el Cáncer	- Menos de 6 meses - De 6 meses a 1 año - De 1 a 5 años - Más de 5 años	Cualitativa	Ordinal
Síntomas Depresivos	1) Según el Inventario de Depresión de Beck BDI-II	- Mínima - Leve - Moderada - Grave	Cualitativa	Ordinal

Fuente: Elaboración Propia.

Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la Frecuencia de presentación de Síntomas Depresivos en Familiares cuidadores de pacientes con cáncer atendidos en el IREN?
2. ¿Cuáles son las características Epidemiológicas de los familiares cuidadores de pacientes con Cáncer, del IREN??
3. ¿Existe una relación entre las características epidemiológicas y el grado de depresión de los Familiares cuidadores?

a) **Tipo de investigación:**

El tipo de Investigación es Observacional, Prospectivo; Nivel: Descriptivo

1.3. Justificación del problema

La depresión es un trastorno mental muy común en nuestro medio que conlleva a múltiples alteraciones, las cuales pueden volverse crónicas y llevar a la persona hasta el suicidio; diversos factores socioculturales estresantes pueden desencadenar esta enfermedad.

Por otro lado, el cáncer es una enfermedad maligna que afecta a diversos tejidos. Cuando se diagnostica esta enfermedad y se informa al paciente, generalmente aparece primero el pánico, ya que aún se asocia el cáncer a muerte y no siempre es así.

Este estudio se realizará, dado que el número de pacientes con cáncer es grande, y son sus familiares los que generalmente se encargan de su cuidado, siendo estos últimos muy afectados por esta situación estresante.

La enfermedad del cáncer, tiene un gran costo por sí misma, pues incluye tratamiento, cuidados del paciente, etc. Además de esto, si el familiar cuidador llegara a ser afectado por depresión; esto llevaría a un gran costo en el tratamiento, y la necesidad de otro familiar cuidador, lo que incrementaría aún más el gasto.

Es por esto, que el presente estudio es importante; dado que a pesar de existir múltiples estudios sobre depresión en pacientes; los estudios relacionados a familiares son muy pocos a nivel mundial, y no hay estudios a nivel de nuestro país, lo que nos presenta un problema que requiere investigación.

“La incidencia de depresión en familiares de pacientes con cáncer”, es un tema que ha sido revisado de manera directa, e indirectamente a nivel internacional; sin embargo, su investigación a nivel de Latinoamérica, y a nivel nacional y local es escasa, lo que justifica su importancia; y la necesidad de su profundización.

La relevancia científica de este estudio radica en que, al no existir estudios similares en nuestro país, los hallazgos que se pudieran encontrar, nos permitirían un abordaje preventivo en la afectación que puede llegar a tener la enfermedad de un miembro de la familia en todo el núcleo familiar.

Además, existe también relevancia social, puesto que un problema en un miembro de la familia, afecta a todo el núcleo familiar, desencadenando

problemas en los demás miembros, lo que a su vez desencadena un problema social; que podría llegar a afectar en el trabajo, discusiones familiares, e incluso gastos y problemas económicos.

Finalmente, dado que este estudio busca realizar un screening de síntomas depresivos, es relativamente económicamente barato, simple, y nos permite, de una manera sencilla, identificar un problema médico, científico y social; lo que en un futuro podría ser prevenido con un abordaje multifactorial, frente a los familiares cuidadores de aquellos pacientes con cáncer.



2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. CÁNCER

2.1.1. Definición

Cáncer es el nombre que se da a un conjunto de enfermedades que pueden afectar a cualquier tejido del organismo.

Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos.¹

En todos los tipos de cáncer, algunas de las células del cuerpo empiezan a dividirse sin detenerse y se diseminan a los tejidos. A medida que las células se hacen más y más anormales, las células viejas o dañadas sobreviven cuando deberían morir, y células nuevas se forman cuando no son necesarias. Estas células adicionales pueden dividirse sin interrupción y pueden formar masas que se llaman tumores.

2.1.2. Epidemiología:

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; en 2012 hubo unos 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer.²

Aunque la incidencia general del cáncer es menor en América Latina (tasa estandarizada por edad de 163 por 100 000) que en Europa (264 por 100 000) o los EE UU (300 por 100 000), la mortalidad sigue siendo mayor; dado que en los países latinoamericanos el acceso a atención médica es menor, y a que la población no presenta preocupación por un diagnóstico precoz. Por ejemplo; en los EE.UU, el 60% de los casos de cáncer de mama son diagnosticados en las primeras etapas, sin embargo, en Brasil sólo el 20% lo son y en México sólo el 10% se diagnostican en una etapa temprana.

En nuestro país, se estima que durante el año 2011, se produjeron a nivel nacional un total de 30 792 defunciones por cáncer. Los cánceres más frecuentes en Perú fueron los de cérvix (14.9%), estómago (11.1%), mama (10.3%), piel (6.6%) y próstata (5.8%). En niños (menores de 15 años) los cánceres más frecuentes fueron los del sistema hematopoyético y retículoendotelial (44.2%), encéfalo (8.0%), ojo y anexos (7.8%), ganglios linfáticos (6.9%) y hueso, cartílago y articulaciones (5.2%).³

¹ OMS | Cáncer. Who.int. 2017 [cited 20 January 2017].

² Stewart B Wild C. World cancer report 2014.

³ Ramos Muñoz W Venegas Ojeda D. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 2013. Lima Ministerio de Salud,: Dirección General de Epidemiología, [Internet]. 2017 [cited 20 January 2017];

2.1.3. Tratamiento:

Para el tratamiento del cáncer se han empleado fármacos que tienen como función impedir la reproducción de las células cancerosas, aunque se suele combinar con cirugía y radioterapia, modalidad que se llama tratamiento combinado o multidisciplinar. Los efectos secundarios dependen del agente quimioterápico y los más importantes son: alopecia, náuseas y vómitos, diarrea o estreñimiento, anemia, inmunosupresión, hemorragias, entre otros.⁴

2.1.4. Pronóstico:

El pronóstico de los casos de cáncer es muy variado, encontrándose diferencia en todos los tipos de cáncer, y con variaciones dependientes de la estirpe celular, el órgano afectado, la existencia de metástasis y el tratamiento que reciba el paciente.

Algunas de las formas más comunes de cáncer, como el mamario, el cervicouterino, el bucal o el colorrectal, tienen tasas de curación elevadas cuando se detectan pronto y se tratan correctamente; sin embargo en algunos casos requerirán tratamientos largos, que afectan a la calidad de vida del paciente.

En los casos con metástasis, serán estas la principal causa de muerte por cáncer, llevando al paciente a insuficiencia respiratoria crónica, Insuficiencia renal, etc.

2.2. DEPRESIÓN

2.2.1. Definición

La depresión es un trastorno mental, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, además de trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Es una condición médica que va más allá de la tristeza diaria; causando síntomas profundos, de larga data que interrumpen la habilidad de una persona para realizar sus tareas diarias. La vulnerabilidad de una persona para desarrollar este desorden se relaciona a múltiples factores, que incluyen función cerebral, genética, estrés diario y otras circunstancias.⁵

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y

⁴ Gaviria AM, Vinaccia S, Riveros MF, Quiceno JM. **Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico.** *Psicol desde el Caribe.* 2007;20:50–75.

⁵ Jeffrey M Lyness, MD, Patient education: Depression in adults (Beyond the Basics)

In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Last updated on January 06, 2016.)

empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión.⁶

Esta enfermedad tendrá distintas manifestaciones, las cuales varían según la edad, presentándose en los más jóvenes con molestas somáticas, agitación, inquietud, mayor sensibilidad al rechazo, síntomas de descuido en la higiene y pérdida de interés en las cosas; Sin embargo, en los adultos y ancianos se presentará con síntomas de pérdida de memoria, desorientación, confusión, apatía y distraibilidad⁷.

2.2.2. Etiología

Existen diversas alteraciones que causan depresión. Entre ellas veremos una etiología Biológica, y una Psicosocial

- **Biológica:** Existe una alteración en la regulación de aminas biogénicas, con un descenso de serotonina, que se asocia a depresión. Existe además una alteración en la secreción nocturna de melatonina, la cual se reduce.

Además se ha encontrado también que los trastornos del estado de ánimo podrían ser consecuencia de una sensibilización de los lóbulos temporales.

Finalmente, existe una etiología genética en la depresión, dado que se ha encontrado líneas familiares en las que toda la familia tiene tendencia a desencadenar este trastorno

- **Psicosocial:** Freud describió la ambivalencia interiorizada hacia un objeto querido (persona), que puede producir una forma patológica de aflicción si se pierde o se cree perder. Esta aflicción adopta la forma de depresión grave con sentimientos de culpa, inutilidad e ideación suicida. Esta pérdida simbólica o real del objeto querido se percibe como un rechazo.

Además, esta pérdida de dichos objetos queridos genera una sensación interna de conflicto, culpa, ira, dolor y aversión; la aflicción patológica se toma en depresión porque los sentimientos ambivalentes hacia el objeto introyectado se dirigen contra la propia persona.

Por otro lado, tenemos la “Tríada cognitiva de Aaron Beck”: Imagen negativa de sí mismo (“las cosas están mal porque estoy mal”); Interpretación negativa de la experiencia (“todo me sale siempre mal”), y visión negativa del futuro.

Finalmente, acontecimientos vitales estresantes a menudo preceden a episodios de trastornos del estado de ánimo. La pérdida de un familiar, o

⁶ La depresión. Organización Mundial de la Salud. 2017 [cited 20 January 2017].

⁷ Benjamín J. Saddock, Virginia J. Saddock, **Manual de Psiquiatría Clínica**. 5ª ed. Barcelona: Edición Española

“duelo” es el acontecimiento vital que más veces se asocia a la aparición posterior de depresión.⁸

2.2.3. Epidemiología

La organización mundial de la salud administró una encuesta cara a cara, en 10 países, que incluían Canadá, EEUU, Brasil, Chile, México), República Checa, Finlandia, Turquía y Japón, con una muestra total de más de 37,000 personas.

En dicho estudio se ha encontrado una prevalencia muy variada, que va de 3% en Japón a 16.9% en EEUU, con un rango que en general va de 8% a 12%, con una edad media de 20 a 25 en la mayoría de países. Las constantes socio-demográficas fueron mujeres solteras.

Un episodio depresivo mayor es un desorden que usualmente ocurre con un curso crónico intermitente. Se requiere más estudios que identifiquen el verdadero impacto y una detección primaria y tratamiento adecuado.

2.2.4. Clasificación y Cuadro Clínico⁹

Para la clasificación, podemos utilizar tanto el DSM-5, que es el “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”, que es el más utilizado en psiquiatría; o guiarnos por el CIE-10.

	TRASTORNOS DEPRESIVOS		TRASTORNOS DEL HUMOR
DSM – V	A. Tras. Depresivo Mayor <ul style="list-style-type: none"> - Episodio Único - Episodio Recurrente 	CIE 10	A. Episodio Depresivo <ul style="list-style-type: none"> - Episodio Depresivo Leve - Episodio Depresivo Moderado
	B. Tras. Depresivo Persistente (Distimia)		B. Trastorno Depresivo Recurrente
	C. Otros Trastornos Depresivos <ul style="list-style-type: none"> - Depresión Breve Recurrente - Episodio Depresivo de Corta Duración - Episodio depresivo con síntomas Insuficientes 		C. Trastornos Afectivos Persistentes <ul style="list-style-type: none"> - Ciclotimia - Distimia

Fuente: Elaboración Propia.

Según el DSM-5, existen diversos tipos de Trastornos Depresivos, entre los cuales podemos encontrar los siguientes:

⁸ Sadock B, Sadock V, Sussman N, Cancro R, Ahmad S. Kaplan & Sadock. **Manual de bolsillo de psiquiatría clínica**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

⁹ **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.

A) TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR:

Cuando se encuentren 5 o más síntomas presentes durante más de 2 semanas, y que algunos de los síntomas sea: estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer.

Los síntomas incluyen:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días
- Pérdida de peso sin hacer dieta, trastornos del sueño, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse; pensamientos de muerte recurrentes.

Además, dichos síntomas causan malestar y deterioro social, y no se pueden atribuir a efectos de alguna sustancia o de otra enfermedad.

B) TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE (DISTIMIA):

Se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, durante un mínimo de dos años.

Los síntomas presentes son: Poco apetito o sobrealimentación, Insomnio o hipersomnias, Poca energía o fatiga, Baja autoestima, Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones, Sentimientos de desesperanza.

Durante el período de 2 años, el individuo nunca ha estado sin los síntomas durante más de dos meses seguidos. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco, y no se cumplen criterios para trastorno ciclotímico; y la alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico

Además, estos síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento

C) OTROS TRASTORNOS DEPRESIVOS:

- ➔ **DEPRESION BREVE RECURRENTE:** Presencia de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes durante un mínimo de doce meses consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.

- ➔ EPISODIO DEPRESIVO DE CORTA DURACION: (4-13 días) Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados a malestar que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una depresión breve recurrente.
- ➔ EPISODIO DEPRESIVO CON SÍNTOMAS INSUFICIENTES: Afecto deprimido y al menos 4 de los síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo durante un mínimo de dos semanas en una persona que no cumple criterios para otro depresivo o bipolar, ni para un trastorno psicótico; y tampoco cumple los criterios para depresión breve recurrente.

2.2.5. Diagnóstico:

El diagnóstico se establece en base al interrogatorio propositivo y al examen mental. Los criterios que se tomarán en cuenta son los presentados anteriormente en la clasificación, los cuales se encuentran en el DSM-V. Es importante mantener en mente, que gran parte del diagnóstico de depresión será de exclusión, teniendo en cuenta lo siguiente: Los síntomas no deben explicarse por el consumo de sustancias y/o medicamentos, otras enfermedades o duelo complicado.¹⁰

El diagnóstico debe ser hecho por un clínico, y en consulta psiquiátrica; sin embargo; las pruebas de screening tienen elevada fiabilidad. Estos cuestionarios de tamizaje, lo que miden es “ánimo negativo”, “distrés”, sufrimiento emocional o malestar psíquico. La utilización de estos instrumentos de despistaje en la clínica diaria, es especialmente recomendada en atención primaria, o en grupos específicos, como en pacientes con dolor crónico, síntomas físicos no explicados, o personas con factores de riesgo.¹¹

Inventario para la Depresión de Beck BDI-II

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) es el quinto test más utilizado por los psicólogos en su práctica diaria. Este cuestionario fue desarrollado para ofrecer una evaluación cuantitativa de la intensidad de la depresión, como síndrome, mas no como entidad diagnóstica. Por tanto, el objetivo del instrumento es detectar la presencia de síntomas depresivos y cuantificar su gravedad, pero no realizar un diagnóstico de trastorno depresivo.

La versión más reciente del instrumento, el BDI-II, presenta modificaciones en comparación a versiones anteriores, en el contenido de los ítems, lo cual le

¹⁰ Espinosa A, Caraveo J, Miguel Z, Alicia A, Krug E, Olivares R, et al. **Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores.** Salud Ment. 2007;30(6):69–80.

¹¹ Ezquiaga Terrazas E, García López A, Díaz de Neira M, García Barquero MJ. “Depresión”: **Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica.** Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría. 2011;31(3):457–75.

permite cubrir todos los criterios del DSM-IV. El BDI-II tendría una sensibilidad del 92.9% y un 84.1% de especificidad. Este cuestionario cuenta con 21 ítems. En cada uno de sus ítems la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida, obteniéndose una puntuación que varía de 0 a 63.¹²

2.2.6. Tratamiento:

Los pacientes usualmente son renuentes a acudir a consulta para tratar sus síntomas depresivos, ya sea por miedo al stigma de la enfermedad mental, la preocupación de que el profesional de salud no sea apropiado, la preocupación que la presencia de síntomas sea solo “debilidad” en lugar de una enfermedad real.

El tratamiento se debe iniciar una vez realizado el diagnóstico. Las metas del tratamiento son: mejorar el humor y la calidad de vida, restablecer la funcionalidad óptima del paciente y reducir la morbilidad y mortalidad. Este debe realizarse con antidepresivos, pero también con terapia psicológica.⁷

En la construcción del plan de tratamiento se debe incluir las preferencias del paciente, un análisis de costos y disponibilidad. La farmacoterapia se considera un tratamiento de primera línea, sin embargo, no se ha encontrado diferencias significativas en la eficacia entre diversos antidepresivos.

En cuanto a la terapia y el tratamiento psicoterapéutico, se ha encontrado eficacia en terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal, y psicoterapia basada en la solución de problemas.¹³

2.3. DEPRESIÓN y CÁNCER

En el ámbito de la salud, se han observado conexiones entre la enfermedad médica y morbilidad psicológica. Se considera que los trastornos psiquiátricos son frecuentes en personas con cáncer, en especial la depresión, encontrándose una prevalencia de morbilidad psicológica en cáncer entre 4.5% y 50%.¹⁴

Cuando un miembro de la familia padece de cáncer, La dimensión familiar se ve afectada significativamente debido a disminución de actividades sociales por la dedicación al cuidado del paciente.¹⁵

¹² Sanz J, García-Vera MP. Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del inventario de depresión de beck-II (BDI-II). An Psicol. 2013;29(1):66–75.

¹³ Camacho Segura P, Heinze Martin G. Guía clínica para el manejo de la depresión. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la fuente Muñiz, México. 2010 [cited 20 January 2017]

¹⁴ Valencia Lara SC. Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. Diversitas: Perspectivas en Psicología 2006;22(1):241-257.

¹⁵ Diaz G, Yaringaño J. Clima Familiar Y Afrontamiento Al Estrés En Pacientes Oncológicos. Rev IIPSI. 2010;13(1):69–86.

Se estudiaron adolescentes con cáncer, en los que se encontró un 65 % de los adolescentes presentó algún diagnóstico psiquiátrico, y de ellos, un 42 % con episodios depresivos. De allí se puede objetivar la importancia de conocer las manifestaciones psicológicas y emocionales que se pueden presentar en el transcurso del tratamiento, en este tipo de pacientes.¹⁶

2.3.1. Pronóstico:

El pronóstico es variable, dependiendo del tratamiento. Con un tratamiento adecuado se puede alcanzar remisión de la sintomatología entre las 12 y 16 semanas, en aproximadamente 65% de los casos, sin embargo la mejoría de la funcionalidad puede tomar más tiempo.

Aquellos pacientes que no reciben ningún tratamiento tienen una calidad de vida más baja, con elevado riesgo de suicidio y el pronóstico es peor si existiera una condición médica además de la depresión. Se ha encontrado que las personas con depresión tienen doble probabilidad de morir que una persona sin esta condición subyacente.

Finalmente, la depresión no solo afecta al paciente, sino también a aquellos que se encuentran alrededor de este.

2.4. DEPRESIÓN EN FAMILIARES CUIDADORES

El diagnóstico de cáncer en niños representa un reto para los pacientes, la familia y los trabajadores. Los padres de un niño con este diagnóstico, no sólo deben enfrentar el diagnóstico, sino que además deben administrar lo que el niño requiera para su tratamiento.

Esta responsabilidad que recae en los padres, puede incrementar en ellos una respuesta de ansiedad, depresión, culpa, desórdenes del sueño, síntomas somáticos, y empeoramiento de la calidad de vida; los cuales están estrechamente relacionados con trastornos mentales.¹⁷

La depresión es una afección que puede afectar mucho a aquellos cuidadores de pacientes con cáncer; sintiendo estos ansiedad, sensación de abandono. Además, el hecho de tener horarios ajustados, dado el tiempo necesario para cuidar al paciente, es uno de los principales desencadenantes de toda esta sintomatología mental.

Se ha encontrado que los cuidadores entre 45 y 54 son los que padecen más síntomas de depresión, así como los cuidadores de 35 a 44 presentan síntomas de abandono; todos estos pudiendo desencadenar un trastorno depresivo.¹⁸

¹⁶ Rojas N, Arteaga R. **Prevalencia de trastornos mentales**. 2009;21(4):212–20.

¹⁷ Kohlsdorf M, Iru W, Urvhdufk I, Suhvhqwhg DUH, Vxssruw WR, Flhqw HI, et al. **Psychosocial Impact of Pediatric Cancer on Parents : A Literature Review** | Impacto Psicossocial do Câncer Pediátrico para Pais : Revisão da Literatura Impacto Psicossocial del Câncer en la Infancia para Padres : Revisión de la Literatura. 2012;22(51):119–29.

¹⁸ Manuscript A. **NIH Public Access**. *Changes*. 2012;29(6):997–1003.

La depresión es un problema de salud mental muy frecuente; según la OMS, este afecta a más de 350 millones de personas en el mundo; siendo al mismo tiempo la principal causa mundial de discapacidad, y a su vez, contribuyendo a la carga mundial de morbilidad.

En adición a esto, y como sustento al presente protocolo, se ha encontrado que las personas desconsoladas, tienen mayor riesgo de depresión, dado que atraviesan un proceso denominado duelo, que se presenta en el contexto de la pérdida.¹⁹ Es claro, que el hecho de saber que un familiar cercano ha sido diagnosticado con cáncer, genera desconsuelo, y la idea de una posible muerte de este, lo que formaría en los familiares un sentimiento de “duelo”; que es un factor de riesgo fuerte de depresión.

Finalmente, existen pocos estudios que muestren el impacto existente en los familiares cuidadores de pacientes con cáncer, sobretodo la existencia de síntomas depresivos. Sin embargo, se cree que influirían dos factores. El hecho de ser Familiar de una persona con cáncer, y también el hecho de ser cuidador. Ambas cosas sería un potenciador para desarrollar síntomas de estrés, ansiedad, y otros síntomas que podrían ser gatillos para un trastorno depresivo.

2.5. BURNOUT DEL CUIDADOR

El término “Burnout”, en español traducido como “quemado por el trabajo” se utiliza para descubrir una respuesta de agotamiento, al estrés que conlleva el trabajo. En este caso, utilizaríamos el término a aquellos cuidadores que experimentan tensión crónica y emocional.

El Burn out aparece cuando una persona alcanza un estado de agotamiento físico y mental debido a tensión crónica producida por un trabajo diario. Según lo descrito anteriormente, es comprensible que en aquellos familiares que son cuidadores de pacientes crónicos, exista un cansancio similar al de un trabajo estresante, diario, y sin descanso, lo que probablemente podría desencadenar este síndrome, sin embargo aún no existe estudios exactos que determinar si estos síntomas de agotamiento, se expresarían como síndrome de Burn Out del cuidador. El síndrome de burnout se ha relacionado con variables tales como la ansiedad, el tipo de trabajo o los modos de afrontamiento. Para que finalmente se produzca un trastorno psicossomático o de estrés, es necesario que el individuo esté expuesto de forma sostenida y repetida a situaciones estresantes, lo que determina que se produzcan alteraciones tales como colapso emocional, despersonalización y escasa o nula realización personal.²⁰

Sin embargo, no todas las personas expuestas a este estrés crónica reaccionan del mismo modo, existiendo también la “Resiliencia”, que es la capacidad de

¹⁹ FRIEDMAN, Richard A. Grief. **Depression, and the DSM-5.** N Engl J Med 2012; 366 (20): 1855-1857

²⁰ Hernández Zamora ZEhrenzweig Sánchez Y. **Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado.** Enseñanza e Investigación en Psicología. 2008; 13(1):127-142.

sobreponerse a la adversidad, recuperarse, y salir fortalecido, pese a estar expuesto a un estrés psicosocial grave.

Es decir, en presencia de factores de riesgo, unos sujetos pudieran desarrollar el Síndrome de Burn Out, en cambio, otros, aprenden a desarrollar estrategias activas que mitigan los efectos del riesgo.²¹



²¹ Menezes de Lucena Carvalho V, Fernández Calvo B, Hernández Martín L, Ramos Campos F, Contador Castillo I. **Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos.** Psicothema; 18(4):791-796.

4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A continuación, se presentan algunos antecedentes investigativos del tema:

A nivel local

Autor: Suclla Alarcón, Oscar Javier

Título: “Relación entre el Diagnóstico de cáncer y el nivel de Depresión en pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa, 2011.”²²

Resumen: El objetivo del presente era determinar los niveles de depresión, en los pacientes oncológicos. Se entrevistaron a 196 pacientes con cáncer, a quienes se les aplicó el inventario de Depresión de Beck. El estudio determinó que el 92.9% de los pacientes tenían síntomas compatibles con algún grado de depresión (leve, moderada o severa).

A nivel nacional

Autor: Gloria Díaz A., Juan Yaringaño L.

Título: Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes Oncológicos.²³

Resumen: El presente estudio se orienta a establecer la relación entre el clima familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Hospital Edgardo Nacional Rebagliati Martins (HNERM). Se describe y relaciona las dimensiones del clima familiar y los modos de afrontamiento de los pacientes oncológicos. La muestra estuvo conformada por 287 sujetos. Se utilizó la Escala de Clima Social Familiar – FES de Moos (1982) y el Cuestionario de Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos – CAEPO de González (2004). Los resultados indican que la dimensión familiar Desarrollo se ve afectada significativamente debido a disminución de actividades sociales por la dedicación al cuidado del paciente. Además de relación significativa entre un Adecuado clima social familiar y el Afrontamiento Positivo, y entre Relaciones y Enfrentamiento y Lucha Activa, Autocontrol y Control Emocional.

A nivel internacional

Autor: E. K. Grov, A. A. Dahl, T. Moum y S. D. Fossa

Título: Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase.²⁴

Resumen: Se hizo una investigación en salud mental relacionada a la calidad de vida de los cuidadores de pacientes con cáncer avanzado. Este estudio examina ansiedad, depresión y calidad de vida de cuidadores de pacientes con cáncer en la etapa paliativa. La muestra fue de 49 pacientes, encontrándose niveles de ansiedad mayores a los normales en ambos géneros, concluyéndose que el personal en contacto con pacientes con cáncer debería considerar screening para síntomas

²² Suclla Alarcón, O. (2011). **Relación entre el Diagnóstico de cáncer y el nivel de Depresión en pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa, 2011.** 1st ed. Arequipa.

²³ Díaz Acosta G Yaringaño L J. **Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos.** 1st ed.

²⁴ E. K. Grov, A. A. Dahl, T. Moum, S. D. Fosså. **Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase.** Ann Oncol 2005; 16 (7): 1185-1191

mentales, dado que ambos géneros tuvieron significativamente más ansiedad que las muestras.

Autor: Mariam Ghufuran, Marie Andrades and kashmira Nanji

Título: Frequency and severity of depression among mothers of Children with cancer: Results from a teaching hospital in Karachi, Pakistan ²⁵

Resumen: El diagnóstico de cáncer en un niño no es sólo una devastación social, sino es devastador para toda la familia, en especial para las madres. Las madres deprimidas no podrán ayudar a sus hijos durante los tratamientos tan intensos que estos reciben. Este estudio se realizó para identificar la frecuencia y severidad de la depresión en las madres de aquellos niños con cáncer. Se estudiaron 100 madres según los criterios de inclusión. Se encontró que el 69% tenía depresión leve, 25% moderada, y un 1% severa. Con ello, se concluye que la mayoría de madres se encontraron deprimidas en este estudio. Es por esto que se recomienda intervenciones terapéuticas y no terapéuticas a las madres que atraviesan esta situación.



²⁵ Mariam Ghufuran, Marie Andrades and kashmira Nanji. **Frequency and severity of depression among mothers of Children with cancer: Results from a teaching hospital in Karachi, Pakistan**. BJMP 2014; 7(1): a701

Objetivos.

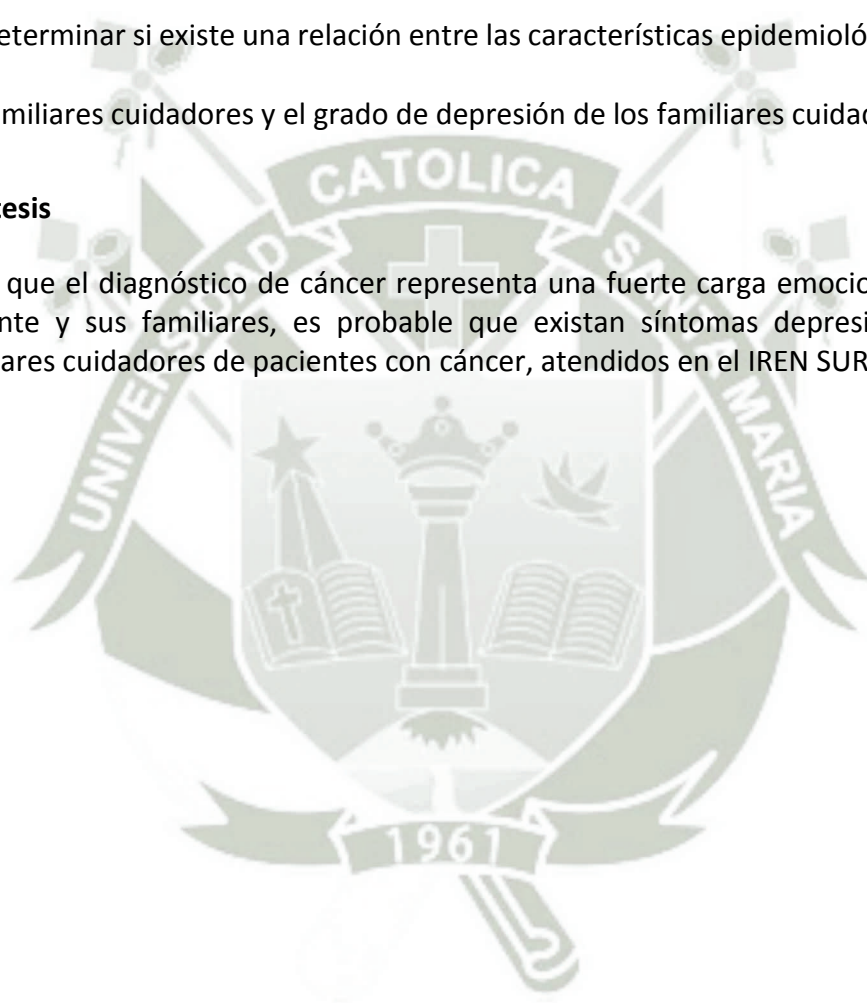
4.1. **General:** Determinar la Frecuencia de presentación de Síntomas de depresivos en familiares cuidadores de pacientes con cáncer atendidos en el IREN

4.2. Específicos

- 1) Identificar las características Epidemiológicas de los familiares cuidadores de pacientes con Cáncer, del IREN
- 2) Determinar si existe una relación entre las características epidemiológicas de los familiares cuidadores y el grado de depresión de los familiares cuidadores

5. Hipótesis

Dado que el diagnóstico de cáncer representa una fuerte carga emocional para el paciente y sus familiares, es probable que existan síntomas depresivos en los familiares cuidadores de pacientes con cáncer, atendidos en el IREN SUR.



PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: La técnica utilizada será la encuesta.

Instrumentos: Los instrumentos a Utilizar serán la Encuesta: Inventario para la Depresión de Beck BDI-II versión en español, y la ficha de recolección de datos.

Materiales:

- Múltiples juegos de la entrevista de 4 hojas.
- Lapiceros
- Computadora

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizará en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN.

Este Hospital se encuentra localizado en el departamento de Arequipa, que se encuentra ubicado en la región sur- del Perú, exactamente en la Av. Los incas s/n.

2.2. **Ubicación temporal:** El presente estudio se realizará entre los meses de Enero y Febrero del 2017

2.3. **Unidades de estudio:** Familiares cuidadores de Pacientes con el diagnóstico de Cáncer

2.4. **Población:** Familiares cuidadores de Pacientes con el diagnóstico de Cáncer

Muestra: Familiares cuidadores de Pacientes con el diagnóstico de cáncer, seleccionados por muestreo no probabilístico (por conveniencia), hasta llegar a un mínimo de 100 familiares.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

3.1.1. Participantes:

Participarán de la presente investigación, como universo cualitativo, Familiares cuidadores de Pacientes con el Diagnóstico de Cáncer, del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN.

Participarán de la presente investigación, como universo cuantitativo, todos los pacientes que reúnan los criterios de inclusión planteados para la presente investigación.

Se realizara un muestreo no probabilístico de los familiares de pacientes con el diagnóstico de Cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN, según los criterios de inclusión y exclusión.

3.1.2. Criterios de Inclusión:

- 1.- Familiares directos de Pacientes con el diagnóstico de cáncer, tratados en Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN.
- 2.- Familiares que sean cuidadores de dichos Pacientes,
- 3.- Familiares de pacientes que reciban tratamiento para el cáncer en Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN.

3.1.3. Criterios de Exclusión:

- 1.- Familiares de Pacientes con el diagnóstico de cáncer que se rehúsen a participar en el Estudio.
- 2.- Familiares de dichos pacientes que estén ausentes durante el tiempo de toma de datos.
- 3.- Familiares de Pacientes que por dificultad en el idioma no tengan posibilidad de responder la encuesta.

3.1.4. Recolección de Datos:

De todos los Familiares de pacientes con el diagnóstico de cáncer, con criterios de inclusión, se agruparán, según sus características epidemiológicas:

- Padres de Pacientes con Cáncer
- Cónyuges de Pacientes con Cáncer
- Hijos de Pacientes con Cáncer
- Hermanos de Pacientes con Cáncer

Posteriormente, se procederá a la explicación, pasos a seguir y objetivos de nuestro trabajo de investigación.

Se procederá luego a la entrega del material (Inventario de Depresión de Beck en español BDI-II, Anexo 2) para el respectivo llenado por los familiares de los pacientes.

Todos los datos serán registrados en la base de datos creada en Microsoft Office Excel 2013.

El procesamiento de datos se realizará en Excel versión 2013. Se realizara estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión.

Programas a utilizar para análisis de datos: Paquete de datos SPSS 22

3.2. Recursos

a) Humanos:

- Investigador, Angélica Díaz Cárdenas, Interna de Medicina
- Asesor, Dr. Cristhian Vargas

3.3. Validación de los instrumentos

El Inventario para la Depresión de Beck que se utilizará es la versión española del BDI-II de Sanz, Navarro et al. (2003), cuyas propiedades psicométricas han sido examinadas tanto en muestras españolas de estudiantes universitarios (Sanz, Navarro et al., 2003) y de adultos de la población general (Sanz, Perdigón et al., 2003), como de pacientes con trastornos psicológicos (Sanz et al., 2005), obteniéndose en todos los casos índices de fiabilidad y validez adecuados.

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento:

El procesamiento de datos se realizará en Excel versión 2013, en donde se vaciarán todos los datos obtenidos de las encuestas realizadas a los familiares.

b) Plan de Análisis:

Para el análisis de datos se utilizará Paquete de datos SPSS 22 sobre las puntuaciones obtenidas de los niveles de gravedad del BDM I-II.

Dado que las variables a correlacionar son cualitativas, se utilizará Chi-Cuadrado para relacionar los datos obtenidos.

Se realizara estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión.

III. Cronograma de Trabajo

ACTIVIDAD	FECHA DE CUMPLIMIENTO
A. Fase Explorativa	1 de Noviembre del 2016
B. Redacción del protocolo	26 de Diciembre del 2016
C. Obtención de la Información	14 de Febrero del 2017
D. Procesamiento y análisis Estadístico	15 al 28 de Febrero del 2017
E. Discusión de resultados	1 de Marzo del 2017
F. Redacción de informe final	1 al 5 de Marzo del 2017
G. Presentación del Trabajo	5 de Marzo del 2017

Fuente: Elaboración Propia.

MESES	NOV.				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del proyecto	■	■	■	■	■	■	■	■												
Presentación y aprobación del proyecto.									■	■										
Recolección de los datos.									■	■	■	■	■	■						
Organización y procesamiento de la información.													■	■						
Análisis e interpretación de los datos.															■	■	■			
Elaboración y entrega del Informe final																	■			

Fuente: Elaboración Propia.

Fecha de inicio: 1 de noviembre del 2016

Fecha probable de término: 5 de Marzo del 2017

IV. BIBLIOGRAFIA

1. **OMS | Cáncer.** Who.int. 2017 [cited 20 January 2017].
2. Stewart BWild C. **World cancer report 2014.**
3. Ramos Muñoz WVenegas Ojeda D. **Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 2013.** Lima Ministerio de Salud,: Dirección General de Epidemiología.
4. Gaviria AM, Vinaccia S, Riveros MF, Quiceno JM. **Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico.** Psicol desde el Caribe. 2007;20:50–75.
5. Jeffrey M Lyness, MD, Patient education: **Depression in adults (Beyond the Basics)**
In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Last updated on January 06, 2016.)
6. **La depresión. Organización Mundial de la Salud.** 2017 [cited 20 January 2017].
7. Benjamín J. Saddock, Virginia J. Saddock, **Manual de Psiquiatría Clínica.** 5ª ed. Barcelona: Edición Española
8. Sadock B, Sadock V, Sussman N, Cancro R, Ahmad S. Kaplan & Sadock. **Manual de bolsillo de psiquiatría clínica.** Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
9. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders.** Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.
10. Espinosa A, Caraveo J, Miguel Z, Alicia A, Krug E, Olivares R, et al. **Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores.** Salud Ment. 2007;30(6):69–80.
11. Ezquiaga Terrazas E, García López A, Díaz de Neira M, García Barquero MJ. **“Depresión”: Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica.** Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría. 2011;31(3):457–75.
12. Sanz J, García-Vera MP. **Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del inventario de depresión de beck-II (BDI-II).** An Psicol. 2013;29(1):66–75.
13. Camacho Segura PHeinze Martin G. **Guía clínica para el manejo de la depresión. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la fuente Muñiz, México.** 2010 [cited 20 January 2017]
14. Valencia Lara SC. **Depresión en personas diagnosticadas con cáncer.** Diversitas: Perspectivas en Psicología 20062241-257.
15. Diaz G, Yaringaño J. **Clima Familiar Y Afrontamiento Al Estrés En Pacientes Oncológicos.** Rev IIPSI. 2010;13(1):69–86.
16. Rojas N, Arteaga R. **Prevalencia de trastornos mentales.** 2009;21(4):212–20.
17. Kohlsdorf M, Iru W, Uvhvdufk I, Suhvhqwhg DUH, Vxssruw WR, Flhqw HI, et al. **Psychosocial Impact of Pediatric Cancer on Parents : A Literature Review 1**
Impacto Psicossocial do Câncer Pediátrico para Pais : Revisão da Literatura
Impacto Psicosocial del Cáncer en la Infancia para Padres : Revisión de la Literatura. 2012;22(51):119–29.
18. Manuscript A. **NIH Public Access.** Changes. 2012;29(6):997–1003.
19. FRIEDMAN, Richard A. Grief. **Depression, and the DSM-5.** N Engl J Med 2012; 366 (20): 1855-1857

20. Hernández Zamora ZEhrenzweig Sánchez Y. **Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado.** Enseñanza e Investigación en Psicología. 2008; 13(1):127-142.
21. Menezes de Lucena Carvalho V, Fernández Calvo B, Hernández Martín L, Ramos Campos F, Contador Castillo I. **Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos.** Psicothema; 18(4):791-796.
22. Suclla Alarcón, O. (2011). **Relación entre el Diagnóstico de cáncer y el nivel de Depresión en pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa, 2011.** 1st ed. Arequipa.
23. Díaz Acosta GYaringaño L J. **Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos.** 1st ed.
24. E. K. Grov, A. A. Dahl, T. Moum, S. D. Fosså. **Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase.** Ann Oncol 2005; 16 (7): 1185-1191
25. Mariam Ghufuran, Marie Andrades and kashmira Nanji. **Frequency and severity of depression among mothers of Children with cancer: Results from a teaching hospital in Karachi, Pakistan.** BJMP 2014; 7(1): a701



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por alumnos de medicina del Sexto año de la Universidad Católica de Santa María, la meta de este estudio es determinar la **“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON CANCER, ATENDIDOS EN EL IREN – ENERO y FEBRERO 2017”**

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones serán eliminadas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por los alumnos de medicina del Sexto año de la Universidad Católica de Santa María. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es determinar la **FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON CANCER, ATENDIDOS EN EL IREN – ENERO y FEBRERO 2017.**

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Angélica Díaz Cárdenas al teléfono 987109468

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante: _____

Firma del Participante

FICHA DE TOMA DE DATOS

Los siguientes datos son con fines investigativos, y son completamente confidenciales:

“Marque la respuesta que crea que va acorde con usted”

Edad	_____ Años
Género	() Masculino () Femenino
Lazo Familiar con el Paciente	() Padre o Madre del Paciente () Esposa o Esposo del Paciente () Hijo o Hija del Paciente () Hermano o Hermana del Paciente
¿Es usted el principal encargado de cuidar a su familiar?	() Sí () No
Tiempo que su familiar está recibiendo tratamiento	() Menos de 6 meses () De 6 meses a 1 año () De 1 a 5 años () Más de 5 años
¿Siente que cuidar a su familiar le ha afectado?	() Sí () No
¿Cuánto siente que le ha afectado el Diagnóstico de Cáncer?	() Nada () Muy poco () Poco () Regular () Mucho

Fuente: Elaboración Propia.

INVENTARIO PARA LA DEPRESIÓN DE BECK Español BDI-II

Por favor, complete la presente encuesta teniendo en cuenta las instrucciones.

INSTRUCCIONES: A continuación se expresan 21 preguntas; para cada pregunta escoja el ítem (a, b, c o d) que mejor refleje su estado durante las últimas 2 semanas, y márkuelo con un círculo alrededor de la letra que corresponda.

- 1) a. No me siento triste.
b. Me siento triste.
c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
d. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.
- 2) a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
c. Siento que no tengo nada que esperar.
d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
- 3) a. No creo que sea un fracaso.
b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
- 4) a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
c. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
- 5) a. No me siento especialmente culpable.
b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
c. Me siento culpable casi siempre.
d. Me siento culpable siempre.
- 6) a. No creo que esté siendo castigado.
b. Creo que puedo ser castigado.
c. Espero ser castigado.
d. Creo que estoy siendo castigado.
- 7) a. No me siento decepcionado de mí mismo.
b. Me he decepcionado a mí mismo.
c. Estoy disgustado conmigo mismo.
d. Me odio.
- 8) a. No creo ser peor que los demás.
b. Me critico por mis debilidades o errores.
c. Me culpo siempre por mis errores.
d. Me culpo de todo lo malo que sucede.
- 9) a. No pienso en matarme.
b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
c. Me gustaría matarme.
d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
- 10) a. No lloro más de lo de costumbre.
b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
c. Ahora lloro todo el tiempo.
d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

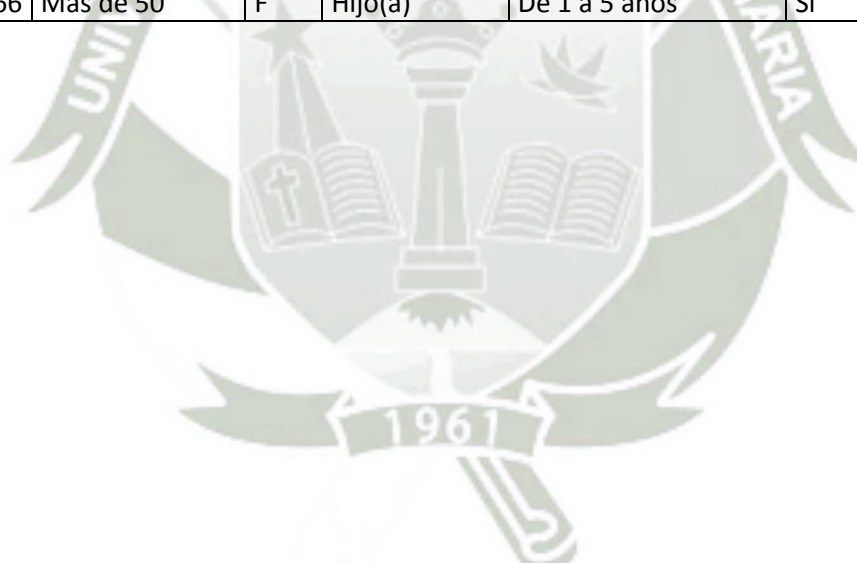
- 11) a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
b. Las cosas me irritan más que de costumbre
c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
- 12) a. No he perdido el interés por otras cosas.
b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
d. He perdido todo mi interés por otras personas.
- 13) a. Tomo decisiones casi siempre.
b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
d. Ya no puedo tomar decisiones.
- 14) a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
d. Creo que me veo feo.
- 15) a. Puedo trabajar tan bien como antes.
b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
d. No puedo trabajar en absoluto.
- 16) a. Puedo dormir tan bien como antes.
b. No puedo dormir tan bien como solía hacerlo.
c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
- 17) a. No me canso más que de costumbre.
b. Me canso más fácilmente que de costumbre.
c. Me canso sin hacer nada.
d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
- 18) a. Mi apetito no es peor que de costumbre.
b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
c. Mi apetito esta mucho peor ahora.
d. Ya no tengo apetito.
- 19) a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo últimamente.
b. He bajado más de dos kilos y medio.
c. He bajado más de cinco kilos.
d. He bajado más de siete kilos y medio.
- 20) a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
- 21) a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
d. He perdido por completo el interés en el sexo.

ANEXO 2
MATRIZ DE SUSTENTACION DE DATOS

N°	Edad	Edad	Sexo	Lazo	Tiempo de Tto	Se siente Afectado?	Cuánto?
1	44	-de 30, + de 50	F	Esposo(a)	Menos de 6 Meses	No	Nada
2	38	-de 30, + de 50	F	Esposo(a)	Menos de 6 Meses	Si	Regular
3	48	-de 30, + de 50	F	Hermano(a)	De 6 meses a 1 año	No	Nada
4	40	-de 30, + de 50	F	Hermano(a)	Menos de 6 Meses	Si	Poco
5	58	Más de 50	M	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	Si	Mucho
6	27	Menos de 30	F	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	Si	Mucho
7	51	Más de 50	F	Padre/Madre	De 6 meses a 1 año	Si	Regular
8	68	Más de 50	M	Esposo(a)	De 6 meses a 1 año	Si	Mucho
9	67	Más de 50	F	Esposo(a)	De 1 a 5 años	Si	Mucho
10	26	Menos de 30	M	Hijo(a)	De 6 meses a 1 año	Si	Mucho
11	34	-de 30, + de 50	F	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	Si	Mucho
12	40	-de 30, + de 50	F	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	Si	Mucho
13	63	Más de 50	F	Hermano(a)	Menos de 6 Meses	Si	Regular
14	20	Menos de 30	M	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	No	Nada
15	25	Menos de 30	M	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	No	Nada
16	56	Más de 50	F	Hermano(a)	De 1 a 5 años	Si	Mucho
17	24	Menos de 30	F	Hijo(a)	De 6 meses a 1 año	No	Nada
18	33	-de 30, + de 50	F	Hijo(a)	De 6 meses a 1 año	No	Nada
19	15	Menos de 30	F	Hijo(a)	De 6 meses a 1 año	Si	Mucho
20	31	-de 30, + de 50	F	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	No	Nada
21	22	Menos de 30	F	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	No	Nada
22	83	Más de 50	F	Esposo(a)	De 1 a 5 años	Si	Poco
23	74	Más de 50	M	Esposo(a)	De 1 a 5 años	Si	Poco
24	16	Menos de 30	F	Hijo(a)	De 1 a 5 años	No	Nada
25	29	Menos de 30	F	Hijo(a)	De 1 a 5 años	No	Nada
26	42	-de 30, + de 50	M	Hermano(a)	De 6 meses a 1 año	Si	Regular
27	52	Más de 50	F	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	Si	Regular
28	49	-de 30, + de 50	F	Padre/Madre	Menos de 6 Meses	Si	Regular
29	62	Más de 50	F	Esposo(a)	De 1 a 5 años	Si	Regular
30	66	Más de 50	F	Hijo(a)	De 1 a 5 años	Si	Regular
31	53	Más de 50	F	Esposo(a)	De 1 a 5 años	No	Nada
32	40	-de 30, + de 50	F	Hijo(a)	Más de 5 años	No	Nada
33	59	Más de 50	M	Hermano(a)	De 6 meses a 1 año	Si	Mucho
34	47	-de 30, + de 50	F	Hermano(a)	De 1 a 5 años	Si	Mucho
35	23	Menos de 30	F	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	No	Regular
36	45	-de 30, + de 50	F	Esposo(a)	Menos de 6 Meses	No	Nada
37	37	-de 30, + de 50	F	Esposo(a)	Menos de 6 Meses	Si	Regular
38	49	-de 30, + de 50	F	Hermano(a)	De 6 meses a 1 año	No	Nada
39	41	-de 30, + de 50	F	Hermano(a)	Menos de 6 Meses	Si	Poco
40	56	Más de 50	M	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	Si	Mucho

N°	Edad	Edad	Sexo	Lazo	Tiempo de Tto	Se siente Afectado?	Cuánto?
41	27	Menos de 30	F	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	Si	Mucho
42	51	Más de 50	F	Padre/Madre	De 6 meses a 1 año	Si	Regular
43	68	Más de 50	M	Esposo(a)	De 6 meses a 1 año	Si	Mucho
44	67	Más de 50	F	Esposo(a)	De 1 a 5 años	Si	Mucho
45	26	Menos de 30	M	Hijo(a)	De 6 meses a 1 año	Si	Mucho
46	34	-de 30, + de 50	F	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	Si	Mucho
47	40	-de 30, + de 50	F	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	Si	Mucho
48	63	Más de 50	F	Hermano(a)	Menos de 6 Meses	Si	Regular
49	20	Menos de 30	M	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	No	Nada
50	25	Menos de 30	M	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	No	Nada
51	56	Más de 50	F	Hermano(a)	De 1 a 5 años	Si	Mucho
52	24	Menos de 30	F	Hijo(a)	De 6 meses a 1 año	No	Nada
53	33	-de 30, + de 50	F	Hijo(a)	De 6 meses a 1 año	No	Nada
54	15	Menos de 30	F	Hijo(a)	De 6 meses a 1 año	Si	Mucho
55	31	-de 30, + de 50	F	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	No	Nada
56	22	Menos de 30	F	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	No	Nada
57	83	Más de 50	F	Esposo(a)	De 1 a 5 años	Si	Poco
58	74	Más de 50	M	Esposo(a)	De 1 a 5 años	Si	Poco
59	16	Menos de 30	F	Hijo(a)	De 1 a 5 años	No	Nada
60	29	Menos de 30	F	Hijo(a)	De 1 a 5 años	No	Nada
61	42	-de 30, + de 50	M	Hermano(a)	De 6 meses a 1 año	Si	Regular
62	52	Más de 50	F	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	Si	Regular
63	49	-de 30, + de 50	F	Padre/Madre	Menos de 6 Meses	Si	Regular
64	62	Más de 50	F	Esposo(a)	De 1 a 5 años	Si	Regular
65	66	Más de 50	F	Hijo(a)	De 1 a 5 años	Si	Regular
66	53	Más de 50	F	Esposo(a)	De 1 a 5 años	No	Nada
67	40	-de 30, + de 50	F	Hijo(a)	Más de 5 años	No	Nada
68	59	Más de 50	M	Hermano(a)	De 6 meses a 1 año	Si	Mucho
69	47	-de 30, + de 50	F	Hermano(a)	De 1 a 5 años	Si	Mucho
70	23	Menos de 30	F	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	No	Regular
71	44	-de 30, + de 50	F	Esposo(a)	Menos de 6 Meses	No	Nada
72	38	-de 30, + de 50	F	Esposo(a)	Menos de 6 Meses	Si	Regular
73	48	-de 30, + de 50	F	Hermano(a)	De 6 meses a 1 año	No	Nada
74	40	-de 30, + de 50	F	Hermano(a)	Menos de 6 Meses	Si	Poco
75	58	Más de 50	M	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	Si	Mucho
76	28	Menos de 30	F	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	Si	Mucho
77	52	Más de 50	F	Padre/Madre	De 6 meses a 1 año	Si	Regular
78	67	Más de 50	M	Esposo(a)	De 6 meses a 1 año	Si	Mucho
79	66	Más de 50	F	Esposo(a)	De 1 a 5 años	Si	Mucho
80	25	Menos de 30	M	Hijo(a)	De 6 meses a 1 año	Si	Mucho

N°	Edad	Edad	Sexo	Lazo	Tiempo de Tto	Se siente Afectado?	Cuánto?
81	34	-de 30, + de 50	F	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	Si	Mucho
82	40	-de 30, + de 50	F	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	Si	Mucho
83	63	Más de 50	F	Hermano(a)	Menos de 6 Meses	Si	Regular
84	20	Menos de 30	M	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	No	Nada
85	25	Menos de 30	M	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	No	Nada
86	56	Más de 50	F	Hermano(a)	De 1 a 5 años	Si	Mucho
87	24	Menos de 30	F	Hijo(a)	De 6 meses a 1 año	No	Nada
88	33	-de 30, + de 50	F	Hijo(a)	De 6 meses a 1 año	No	Nada
89	15	Menos de 30	F	Hijo(a)	De 6 meses a 1 año	Si	Mucho
90	31	-de 30, + de 50	F	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	No	Nada
91	22	Menos de 30	F	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	No	Nada
92	83	Más de 50	F	Esposo(a)	De 1 a 5 años	Si	Poco
93	74	Más de 50	M	Esposo(a)	De 1 a 5 años	Si	Poco
94	16	Menos de 30	F	Hijo(a)	De 1 a 5 años	No	Nada
95	29	Menos de 30	F	Hijo(a)	De 1 a 5 años	No	Nada
96	42	-de 30, + de 50	M	Hermano(a)	De 6 meses a 1 año	Si	Regular
97	52	Más de 50	F	Hijo(a)	Menos de 6 Meses	Si	Regular
98	49	-de 30, + de 50	F	Padre/Madre	Menos de 6 Meses	Si	Regular
99	62	Más de 50	F	Esposo(a)	De 1 a 5 años	Si	Regular
100	66	Más de 50	F	Hijo(a)	De 1 a 5 años	Si	Regular



N°	1.Tristeza	2.Pesimismo	3.Sentimientos de Fracaso	4. Pérdida de Placer	5.Sentimientos de Culpa	6.Sentimientos de Castigo	7. Decepción con uno mismo	8.Autocríticas	9.Pensamientos Suicidas	10. Llanto	11.Irritabilidad	12. Pérdida de Interés	13.Indecisión	14.Autoimagen	15. Pérdida de energía	16.Cambios de sueño	17. Cansancio	18. Pérdida de Apetito	19.Pérdida de Peso	20.Preocupación Física	21.Interés en el Sexo	PUNTAJE FINAL	RESULTADO
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	Mínima
2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	3	Mínima
3	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5	Mínima
4	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	Mínima
5	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	3	1	1	12	Mínima
6	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	9	Mínima
7	2	0	1	2	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	17	Leve
8	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	2	2	1	0	2	0	2	16	Leve
9	2	1	0	0	2	1	0	0	0	3	2	3	3	1	3	0	3	0	0	2	3	29	Grave
10	2	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	11	Mínima
11	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	Mínima
12	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	4	Mínima
13	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	7	Mínima
14	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	5	Mínima
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Mínima
16	2	3	1	1	1	1	1	2	0	3	2	0	1	0	1	1	3	1	0	2	3	29	Grave
17	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	2	1	0	1	1	2	2	0	1	3	21	Moderada
18	2	1	0	1	2	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	2	21	Moderada
19	1	0	1	1	1	0	2	1	0	0	1	1	0	0	1	1	2	1	2	1	0	17	Leve
20	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	1	1	1	0	2	0	12	Mínima
21	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	9	Mínima
22	1	2	2	0	3	1	3	1	1	0	2	2	3	2	3	2	1	1	2	2	2	36	Grave
23	2	3	3	3	2	1	0	1	2	1	1	2	3	3	3	1	2	1	1	1	3	39	Grave
24	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	2	0	2	1	1	0	0	1	0	11	Mínima
25	2	1	2	1	2	2	0	1	1	1	2	3	3	1	1	1	1	2	1	1	3	32	Grave
26	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	6	Mínima
27	2	1	1	1	1	0	1	1	0	0	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	19	Leve
28	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	3	9	Mínima
29	2	2	1	0	0	0	2	2	0	3	0	0	0	1	2	2	2	0	1	2	3	25	Moderada
30	1	0	0	0	1	0	0	1	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	3	1	0	11	Mínima

N°	1. Tristeza	2. Pesimismo	3. Sentimientos de Fracaso	4. Pérdida de Placer	5. Sentimientos de Culpa	6. Sentimientos de Castigo	7. Decepción con uno mismo	8. Autocríticas	9. Pensamientos Suicidas	10. Llanto	11. Irritabilidad	12. Pérdida de Interés	13. Indecisión	14. Autoimagen	15. Pérdida de energía	16. Cambios de sueño	17. Cansancio	18. Pérdida de Apetito	19. Pérdida de Peso	20. Preocupación Física	21. Interés en el Sexo	PUNTAJE FINAL	RESULTADO
31	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	2	1	0	2	2	1	0	2	3	18	Leve
32	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	6	Mínima
33	2	0	0	1	1	0	2	0	0	0	1	1	2	0	1	2	1	1	2	1	2	20	Moderada
34	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	2	1	0	0	1	3	17	Leve
35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	Mínima
36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	Mínima
37	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	3	Mínima
38	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5	Mínima
39	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	Mínima
40	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	3	1	1	12	Mínima
41	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	9	Mínima
42	2	0	1	2	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	17	Leve
43	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	2	2	1	0	2	0	2	16	Leve
44	2	1	0	0	2	1	0	0	0	3	2	3	3	1	3	0	3	0	0	2	3	29	Grave
45	2	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	11	Mínima
46	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	Mínima
47	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	4	Mínima
48	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	7	Mínima
49	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	5	Mínima
50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Mínima
51	2	3	1	1	1	1	1	2	0	3	2	0	1	0	1	1	3	1	0	2	3	29	Grave
52	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	2	1	0	1	1	2	2	0	1	3	21	Moderada
53	2	1	0	1	2	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	2	21	Moderada
54	1	0	1	1	1	0	2	1	0	0	1	1	0	0	1	1	2	1	2	1	0	17	Leve
55	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	1	1	1	0	2	0	12	Mínima
56	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	9	Mínima
57	1	2	2	0	3	1	3	1	1	0	2	2	3	2	3	2	1	1	2	2	2	36	Grave
58	2	3	3	3	2	1	0	1	2	1	1	2	3	3	3	1	2	1	1	1	3	39	Grave
59	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	2	0	2	1	1	0	0	1	0	11	Mínima

N°	1. Tristeza	2. Pesimismo	3. Sentimientos de Fracaso	4. Pérdida de Placer	5. Sentimientos de Culpa	6. Sentimientos de Castigo	7. Decepción con uno mismo	8. Autocríticas	9. Pensamientos Suicidas	10. Llanto	11. Irritabilidad	12. Pérdida de Interés	13. Indecisión	14. Autoimagen	15. Pérdida de energía	16. Cambios de sueño	17. Cansancio	18. Pérdida de Apetito	19. Pérdida de Peso	20. Preocupación Física	21. Interés en el Sexo	PUNTAJE FINAL	RESULTADO
60	2	1	2	1	2	2	0	1	1	1	2	3	3	1	1	1	1	2	1	1	3	32	Grave
61	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	6	Mínima
62	2	1	1	1	1	0	1	1	0	0	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	19	Leve
63	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	3	9	Mínima
64	2	2	1	0	0	0	2	2	0	3	0	0	0	1	2	2	2	0	1	2	3	25	Moderada
65	1	0	0	0	1	0	0	1	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	3	1	0	11	Mínima
66	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	2	1	0	2	2	1	0	2	3	18	Leve
67	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	6	Mínima
68	2	0	0	1	1	0	2	0	0	0	1	1	2	0	1	2	1	1	2	1	2	20	Moderada
69	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	2	1	0	0	1	3	17	Leve
70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	Mínima
71	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	Mínima
72	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	3	Mínima
73	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5	Mínima
74	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	Mínima
75	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	3	1	1	12	Mínima
76	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	9	Mínima
77	2	0	1	2	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	17	Leve
78	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	2	2	1	0	2	0	2	16	Leve
79	2	1	0	0	2	1	0	0	0	3	2	3	3	1	3	0	3	0	0	2	3	29	Grave
80	2	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	11	Mínima

N°	1. Tristeza	2. Pesimismo	3. Sentimientos de Fracaso	4. Pérdida de Placer	5. Sentimientos de Culpa	6. Sentimientos de Castigo	7. Decepción con uno mismo	8. Autocríticas	9. Pensamientos Suicidas	10. Llanto	11. Irritabilidad	12. Pérdida de Interés	13. Indecisión	14. Autoimagen	15. Pérdida de energía	16. Cambios de sueño	17. Cansancio	18. Pérdida de Apetito	19. Pérdida de Peso	20. Preocupación Física	21. Interés en el Sexo	PUNTAJE FINAL	RESULTADO
81	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	Mínima
82	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	4	Mínima
83	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	7	Mínima
84	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	5	Mínima
85	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Mínima
86	2	3	1	1	1	1	1	2	0	3	2	0	1	0	1	1	3	1	0	2	3	29	Grave
87	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	2	1	0	1	1	2	2	0	1	3	21	Moderada
88	2	1	0	1	2	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	2	21	Moderada
89	1	0	1	1	1	0	2	1	0	0	1	1	0	0	1	1	2	1	2	1	0	17	Leve
90	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	1	1	1	0	2	0	12	Mínima
91	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	9	Mínima
92	1	2	2	0	3	1	3	1	1	0	2	2	3	2	3	2	1	1	2	2	2	36	Grave
93	2	3	3	3	2	1	0	1	2	1	1	2	3	3	3	1	2	1	1	1	3	39	Grave
94	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	2	0	2	1	1	0	0	1	0	11	Mínima
95	2	1	2	1	2	2	0	1	1	1	2	3	3	1	1	1	1	2	1	1	3	32	Grave
96	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	6	Mínima
97	2	1	1	1	1	0	1	1	0	0	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	19	Leve
98	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	3	9	Mínima
99	2	2	1	0	0	0	2	2	0	3	0	0	0	1	2	2	2	0	1	2	3	25	Moderada
100	1	0	0	0	1	0	0	1	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	3	1	0	11	Mínima
X̄	1.0	0.6	0.4	0.6	0.7	0.2	0.4	0.5	0.1	0.6	0.7	0.5	0.7	0.4	0.9	0.8	1.0	0.4	0.6	0.9	1.1		