



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRÍA “ MORELOS “

DEPRESIÓN EN CUIDADORES DE PACIENTES CON UN TRASTORNO MENTAL
CRÓNICO.

TÉSIS
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
“ ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA “

PRESENTA :

DRA. MAYRA HERNÁNDEZ CHÁVEZ



ASESORES:
DRA. CLAUDIA FOUILLOUX MORALES
DR. JOSÉ FRANCISCO ANGEL MENDOZA GARCÍA

DISTRITO FEDERAL, FEBRERO 2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO.

DEPRESIÓN EN CUIDADORES DE PACIENTES CON UN TRASTORNO MENTAL
CRÓNICO.

TUTOR METODOLÓGICO.

DRA. CLAUDIA FOUILLOUX MORALES

Psiquiatría

Departamento de Psiquiatría, Psicología Médica e Higiene Mental
UNAM

TUTOR TEÓRICO.

DR. JOSÉ FRANCISCO ANGEL MENDOZA GARCÍA

Psiquiatría

Hospital Regional de Psiquiatría “ Morelos “
IMSS

Agradecimientos.

A mi mamá, por el gran amor que día a día me demuestra , su gran apoyo durante toda mi vida y el siempre impulsarme a seguir adelante.

A mi hermano, por su gran cariño y por ser mi ejemplo a seguir.

A mi papá y Marcela, por su amor, y apoyo.

A mis abuelitos por el ejemplo que esta la fecha me siguen dando y por los valores que me inculcaron.

A mi tía, gracias por tus enseñanzas.

A mis primos, por estar conmigo siempre.

A Cecilia, Cristina, Alicia, Oscar y Esther por su gran amistad.

Al Dr. Angel Mendoza por su apoyo, comprensión y enseñanzas.

A la Dra. Patricia Ayala, por su disposición para la enseñanza.

- ÍNDICE
- INTRODUCCION.....5
- RESUMEN.....5
- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....7
- ANTECEDENTES8
- OBJETIVO.....13
- HIPÓTESIS.....13
- IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.....14
- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y NO INCLUSIÓN.....16
- MÉTODO.....17
- RESULTADOS.....19
- DISCUSIÓN.....29
- CONCLUSIONES.....30
- ANEXOS.....31
- BIBLIOGRAFÍA.....40

•

INTRODUCCION

El término de trastorno mental se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo.¹

En psiquiatría muchos de los pacientes con trastornos psiquiátricos tienden a la cronicidad, y requieren de una persona que los cuide, por lo que el brindar cuidados a un individuo con algún trastorno físico o mental puede producir una gran variedad de estresores y éstos a su vez se han relacionado con depresión en el cuidador. Los estresores son condiciones, experiencias y actividades consideradas para las personas como problemáticas; situaciones que las amenazan, frustan sus esfuerzos, las fatigan y frustan sus sueños. A los estresores se les ha clasificado en dos grupos : Primarios : el estado cognitivo del paciente , su comportamiento, y el número de actividades de las que el paciente tiene que ser dependiente del cuidador ; y secundarios : tensiones intrapsíquicas, que bajo condiciones estresantes pueden llegar a deteriorar el autoconcepto, haciendo a los cuidadores más susceptibles de sufrir depresión.²

Los cuidadores reportan un pobre funcionamiento social, físico y emocional. También se ha observado que son significativamente más propensos a tener sus propios problemas de salud mental.

RESUMEN

En psiquiatría muchos de los pacientes con trastornos psiquiátricos tienden a la cronicidad, y requieren de una persona que los cuide, por lo que el brindar cuidados a un individuo con algún trastorno físico o mental puede producir una gran variedad de estresores y éstos a su vez se han relacionado con depresión en el cuidador. Debido a esto, es importante estudiar la asociación entre trastornos mentales y la presencia de depresión en los cuidadores, para así reconocer cuando se presente depresión en los cuidadores.

OBJETIVO. Conocer si hay depresión en los cuidadores de pacientes con un trastorno mental crónico.

MATERIAL Y METODOS. Se seleccionó a cuidadores de los pacientes derechohabientes (familiares o cónyuges) con un trastorno mental crónico, que acudieron al Hospital Regional de Psiquiatría “ Morelos “., durante un período de 2 meses (octubre y noviembre del 2005), de los pacientes que acudieron de primera vez y subsecuentes a los siguientes servicios : Consulta Externa, Hospital de Día, Clínica de Esquizofrenia y Hospitalización. Se les aplicaron la MINI entrevista neuropsiquiátrica internacional y la escala de Beck, para detectar si existe depresión. Una vez calificadas se comparó si la depresión varía en los cuidadores de acuerdo al padecimiento psiquiátrico del paciente.

RESULTADOS. Con respecto a las características demográficas de los cuidadores, en nuestro estudio se observó que la mayor parte de los cuidadores pertenecen al sexo femenino 75 % (n = 43) vs el masculino 25 % (n = 14). En cuanto a los diagnósticos de los pacientes, la mayor parte de nuestra muestra estuvo conformada por pacientes con esquizofrenia 40 % (n = 23), seguida de trastorno delirante orgánico 28 % (n = 16),

demencia 11 % (n = 6), trastorno bipolar en fase maniaca 5 % (n = 3), trastorno depresivo recurrente episodio actual grave con síntomas psicóticos 5 % (n = 3), trastorno afectivo orgánico 4% (n = 2), trastorno delirante secundario a consumo de sustancias 4% (n = 2), depresión moderada 2% (n = 1) y trastorno depresivo recurrente episodio actual moderado 2% (n = 1). Los resultados de la escala de Beck aplicada a los cuidadores mostraron que el 45 % (n = 26) cursa sin depresión ; el 25 % (n = 14) con depresión leve ; el 19 % (n = 11) con depresión moderada y el 11 % (n = 6) con depresión grave. La MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional aplicada a los cuidadores arrojó los siguientes datos el 56 % de los cuidadores (n = 32) no tenían depresión ; el 40 % (n = 23) cursaban con un episodio depresivo mayor actual y el 4 % (n = 2) cursó con distimia.

CONCLUSIONES. Los resultados obtenidos en nuestro estudio están de acuerdo con lo reportado por la literatura internacional, donde se observa que los trastornos depresivos son frecuentes en el cuidador.

PALABRAS CLAVES. depresión, cuidadores, trastornos psiquiátricos, MINI, Escala de Depresión de Beck.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la práctica clínica se ha observado en los miembros de familia que son cuidadores, la presencia de enojo, ansiedad, culpa y depresión, los cuales , comprometen la capacidad del cuidador para continuar manteniéndose adecuadamente en su rol, por lo que es necesario reconocer la depresión en los cuidadores.

Se debe de evaluar la necesidad de implementar sesiones educativas acerca de trastornos depresivos que se puedan presentar en los cuidadores, con el objetivo de reconocer el inicio de los síntomas emergentes de la depresión, además de evaluar el consejo individual y sesiones familiares, para así lograr disminuir la depresión en los miembros de la familia y, para fortalecer su capacidad de apoyo al paciente

MARCO TEÓRICO

El término de trastorno mental se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo.¹

En psiquiatría muchos de los pacientes con trastornos psiquiátricos tienden a la cronicidad, y requieren de una persona que los cuide, por lo que el brindar cuidados a un individuo con algún trastorno físico o mental puede producir una gran variedad de estresores y éstos a su vez se han relacionado con depresión en el cuidador. Los estresores son condiciones, experiencias y actividades consideradas para las personas como problemáticas; situaciones que las amenazan, frustan sus esfuerzos, las fatigan y frustan sus sueños. A los estresores se les ha clasificado en dos grupos : Primarios : el estado cognitivo del paciente , su comportamiento, y el número de actividades de las que el paciente tiene que ser dependiente del cuidador ; y secundarios : tensiones intrapsíquicas, que bajo condiciones estresantes pueden llegar a deteriorar el autoconcepto, haciendo a los cuidadores más susceptibles de sufrir depresión.²

Coppel et al, encontraron que 28 de los 68 cónyuges cuidadores fueron diagnosticados con depresión recurrente. Este rango es mucho más alto en comparación con la prevalencia de depresión en la vida adulta en la población general. Los autores piensan que esto puede estar ocasionado en gran parte, por el hecho de que los individuos que reciben los cuidados presentaban un daño cognitivo, teniendo como consecuencia el generar mayor estrés y carga para los cónyuges cuidadores. En otro estudio hecho por Drinka, donde se investigó depresión en los cuidadores de ancianos, de los cuales el 73 % tenían demencia, encontró que un 83 % reunían los criterios del DSM III para depresión mayor. Anthony et al, aplicaron el Inventario Breve de Síntomas en cuidadores de pacientes demenciados, encontraron que en muchas de las subescalas (por ejemplo depresión, ansiedad y hostilidad) las cuidadoras femeninas se encontraban más afligidas en comparación con el grupo control, o incluso en comparación con los cuidadores hombres. Estos estudios revelan que la depresión es un problema muy común entre los miembros de la familia que son cuidadores.³

La prevalencia de depresión entre los cuidadores de pacientes con demencia varía del 14 al 77.8 %. La prevalencia de depresión moderada a severa entre cuidadores de pacientes demenciados es del 30 %. Las variables que frecuentemente se asocian con esto son la relación que existe entre el cuidador y el paciente (ser cónyuges en comparación con otros familiares) la salud del cuidador y las alteraciones del comportamiento del paciente.^{4,5}

Bergstone utilizando la Lista de 90 Síntomas Revisados (SCL – 90), encontró puntajes altos para hostilidad , depresión y somatización en cuidadores de pacientes con demencia. Morris, et al, usando la escala de Beck, reportaron niveles elevados de depresión en cuidadores de pacientes con demencia en comparación con un grupo control de cuidadores. Dura et al, encontraron que 30 % de los cuidadores de pacientes con demencia habían presentado un trastorno depresivo (depresión mayor, distimia u otro tipo de depresión no especificada).⁶

Las personas que cuidan a un paciente con demencia visitan con mayor frecuencia a los médicos, utilizan más medicamento y presentan más sintomatología depresiva en comparación con el grupo control. La fuerte asociación entre el ser cuidador y presentar depresión aún no se ha explicado, se ha planteado el hecho de que aquellos que cuidan a un familiar cercano que ha desarrollado demencia enfrentan una situación caracterizada por estrés crónico, separación social, disminución del control sobre sus propias vidas, pérdida de una previa relación de cercanía, características que pueden estar asociadas con una explicación psicológica de la depresión.⁷

Los problemas de la conducta, agitación y depresión son reportados por los cuidadores de pacientes demenciados como las situaciones más estresantes ; ser testigo de la declinación, del sufrimiento o la muerte de un pariente con demencia son los aspectos más traumáticos que puede presenciar el cuidador. Existe evidencia que demuestra que los cuidadores de pacientes con Alzheimer presentan un mayor riesgo de desarrollar depresión (30 – 55 % desarrollará depresión). Los rangos son de dos a tres veces más en comparación con el grupo control. Los problemas de conducta son los que más se han asociado con la depresión en el cuidador. Los cuidadores que tiene un mejor apoyo emocional y social presentan con menor frecuencia depresión. Además, los cuidadores que están activamente comprometidos en actividades sociales y recreativas se adaptan al rol de cuidador con menos depresión que los que se encuentran socialmente distanciados.⁸

El cuidar a un paciente deprimido aumenta el riesgo de una mala salud mental en adultos jóvenes y esposas en comparación con otro tipo de cuidadores ; también se ha asociado con una pobre calidad de vida en el cuidador . Síntomas de un episodio depresivo mayor, tales como estado de ánimo triste, problemas en el apetito y sueño, anhedonia, agitación o enlentecimiento psicomotor, baja energía, culpa excesiva, dificultad para concentrarse y pensamientos de suicidio indican la necesidad de una evaluación psiquiátrica.^{9,4}

En un estudio realizado por Fadden encontró que muchas de las esposas de pacientes deprimidos experimentaban ansiedad, sentimientos de pérdida, enojo, culpa y rechazo hacia sus esposos a consecuencia de su enfermedad. En los pacientes deprimidos, también hay síntomas que pueden ser llamados negativos como son la tristeza, la separación social y otros, los cuales son reportados por los familiares como los síntomas más difíciles de tratar, ocasionando esto, efectos en la salud mental del familiar.¹⁰

Weissman y Paykel, demostraron que la depresión unipolar está fuertemente asociada con problemas maritales y la relación tan estrecha con personas deprimidas generalmente se caracteriza por dependencia, mala comunicación, resentimientos y fricciones. Las actitudes y creencias de la familia acerca de las causas de depresión se caracterizan por ser ambivalentes y malentendidas. Los familiares cercanos al paciente solamente tienen parcialmente reconocida la naturaleza biológica del trastorno. En general, ellos hacen énfasis en las causas externas o situacionales, y al hacer esto, exacerban la sintomatología al echarle la culpa al paciente o creyendo que el debe de ser lo suficientemente hábil para controlar su medio. El trastorno depresivo mayor recurrente causa serios problemas en la vida de los miembros de la familia que son más cercanos e incluso en los amigos. Cargas a largo plazo, preocupaciones económicas, disfunciones maritales crónicas, separación social,

pérdida del estatus social, tensión crónica y miedo a la recurrencia del trastorno contribuyen a la tensión y disrupción familiar. Los cónyuges y otros miembros de la familia que viven con el paciente se angustian más en comparación con el grupo de individuos que no vive con él. El primero de estos grupos están más frecuentemente preocupados, molestos, abandonados y desanimados con respecto a la carga que ocasiona el cuidar a un paciente deprimido. La adaptación requiere de lidiar con los cambios en el comportamiento del paciente y esto a su vez incrementa la necesidad de cuidados y el grado de frustración.¹¹

El grado de carga entre los familiares de pacientes con trastorno bipolar fue significativamente mayor en comparación con los pacientes con trastorno depresivo mayor. Esta diferencia puede estar asociada a la disrupción social causada por los episodios maníacos. Una duración mayor de la enfermedad y recaídas frecuentes están significativamente asociadas con una mayor carga para el cuidador.¹²

Todos los grupos de familiares de pacientes con trastornos del estado de ánimo se ven afectados, pero los familiares de los pacientes con trastorno bipolar son los menos. Esto es debido a que la mayoría de los pacientes con trastorno bipolar tiene una naturaleza episódica de su padecimiento que los familiares ven como un alivio y porque los síntomas son más fáciles de distinguir del comportamiento habitual (es más obvio cuando algo anda mal), aunque no hay duda de que en los cuadros agudos los familiares se notan molestos.¹³

En los familiares de pacientes que sufren trastorno bipolar se ha observado que los síntomas negativos o depresivos están más fuertemente asociados con estrés en la familia en comparación con los síntomas positivos.^{13,14}

Los cuidadores reportan un pobre funcionamiento social, físico y emocional. También se ha observado que son significativamente más propensos a tener sus propios problemas de salud mental. El pobre funcionamiento familiar se ha relacionado con una menor calidad de vida en términos de salud mental, energía / vitalidad y percepción general de la salud, reflejándose esto en una mayor carga y tensión. Los cuidadores de pacientes con trastorno bipolar con frecuencia utilizan estrategias más saludables en comparación con los cuidadores de pacientes esquizofrénicos, las cuales incluyen una comunicación adecuada y un aumento en la participación social. Las causas de la utilización de estos mecanismos más saludables están relacionadas con la mejoría del funcionamiento inter-episódico y el hecho de que los cuidadores de los pacientes bipolares tienden a ser con mayor frecuencia sus esposos (as) y no sus familiares.¹⁵

Cuando una familia se entera de que su pariente ha desarrollado esquizofrenia, inicialmente se sienten desamparados, experimentan enojo, desesperación y ansiedad. Niveles altos de angustia, se presentan como resultado de que un miembro de la familia sea portador de un padecimiento psiquiátrico, especialmente la esquizofrenia. Los niveles de angustia que se presentan en las familias son medidos usando las escalas de ansiedad y depresión. Sin embargo, la angustia puede afectar el bienestar en general, incluyendo la salud física y psicológica. Gopinath y Chaturvedi encontraron que las conductas relacionadas con la escasa actividad y el pobre autocuidado fueron reportadas por los familiares, como las más angustiantes en comparación con la agresividad o la conducta psicótica. Winefield y Harvey encontraron que un comportamiento perturbador (agresividad, destructibilidad y

abuso de sustancias) contribuían de manera significativa a la presencia de angustia en el cuidador. Así mismo, Creer y Wing reportaron que los síntomas más problemáticos para los familiares de esquizofrénicos eran los negativos que se asocian con su separación del entorno social.^{16,10}

Los cuidadores de recién inicio, sufren un considerable estrés causado principalmente por los síntomas positivos de la esquizofrenia. En los cuidadores crónicos se agrega lo desconcertante de la naturaleza del comportamiento del paciente esquizofrénico. Las familias se pueden clasificar en dos grupos : aquellas que cooperan de una manera adecuada con relativamente pocas dificultades; y aquellas que luchan con una amplia variedad de problemas relacionados y no relacionados con el paciente.¹⁷

Gallicchio encontró que hay diferencias de género con respecto a la carga del cuidado, pero no en relación a la presentación de los síntomas depresivos. Existen otras variables fuertemente asociadas a la depresión en el cuidador, como son la gravedad en las alteraciones de la conducta del enfermo y el ser cónyuge. Así mismo, los familiares del sexo femenino tienden a presentar más morbilidad psiquiátrica atribuida directamente al cuidado del enfermo comparación con el sexo masculino.^{18,19,20}

Algunos estudios hechos con anterioridad han demostrado que existen variables asociadas con altos niveles de carga en los cuidadores. Estas incluyen la edad del cuidador, raza e ingresos ; la relación existente entre el cuidador y el que recibe los cuidados; enfermedades concomitantes del que recibe los cuidados ; y necesidades de cuidado que se requieran.²¹

Pollak estableció un método para identificar al cuidador; por lo menos debe de reunir tres de los siguientes criterios:

- a) Es el cónyuge o un pariente.
- b) Tiene el mayor contacto con el paciente.
- c) Contribuye al soporte financiero del paciente.
- d) Es el que más frecuentemente esta involucrado en el tratamiento del paciente.
- e) Es el que es contactado por el equipo médico en caso de emergencia.¹⁴

Es muy conocido que existe una amplia variedad en el grado de estrés y carga (y estados afectivos relacionados) en los cuidadores. A pesar de que la depresión es una condición asociada con problemas del funcionamiento diario, se agregan una variedad de síntomas psicológicos y somáticos que comprometen la capacidad del cuidador para continuar manteniéndose adecuadamente en su rol . Numerosos investigadores han encontrado que fuertes sentimientos negativos, tales como el enojo, ansiedad, culpa y depresión se presentan como un problema en los miembros de la familia que son cuidadores.³

Para la evaluación de los síntomas depresivos en adolescentes y adulto se han diseñado diferentes instrumentos, como la Escala de Depresión de Beck (EDB) que es uno de los más empleados. El estudio de validez y reproductibilidad en México fue realizado por Torres – Castillo y cols (1991) en el cual se aplicó la EDB a 96 pacientes que acudían a un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. Utilizando un punto de corte de 14 se encontraron datos de sensibilidad de 0.86 y una especificidad de 0.86.²²

En un estudio posterior en el que se realizó la estandarización del instrumento (Jurado y cols., 1998) se obtuvieron resultados estadísticos significativos que son compatibles con lo reportado en la bibliografía internacional, respecto a los metaanálisis reportados por el propio Beck y cols. Se puede concluir que la versión en español de la EDB posee propiedades psicométricas adecuadas para la evaluación de síntomas depresivos en poblaciones de habla hispana debido a los diversos resultados clinimétricos obtenidos en los estudios realizados en México y en otras poblaciones de habla hispana del mundo. ²³

Otro medio para evaluar la depresión es mediante la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional , que es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM – IV y la CIE – 10. Estudios de validez y confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID – P para el DSM – III – R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un tiempo mucho más breve (promedio de 18.7 +- 11.6 minutos, media 15 minutos). ²⁴

OBJETIVOS

General.

1.- Conocer si hay depresión en los cuidadores de pacientes con un trastorno mental crónico.

Específico.

1.- Conocer si hay algún trastorno afectivo entre los cuidadores de pacientes con un trastorno mental crónico.

2.- Conocer si la depresión varía entre los cuidadores de acuerdo al trastorno mental crónico.

HIPÓTESIS

H : los cuidadores de pacientes con un trastorno mental crónico presentan depresión

Ho : los cuidadores de pacientes con un trastorno mental crónico no presentan depresión

H : los cuidadores de pacientes con un trastorno mental crónico presentan trastornos afectivos

Ho : los cuidadores de pacientes con un trastorno mental crónico no presentan trastornos afectivos

H : el tipo de depresión en cuidadores de pacientes es diferente de acuerdo al trastorno mental crónico.

Ho : el tipo de depresión en cuidadores de pacientes no es diferente de acuerdo al trastorno mental crónico.

IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variables.

Depresión.

Definición Conceptual:

Depresión: Un cambio de humor, con pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad con una duración mínima de dos semanas .²⁴

Definición Operacional:

La depresión será evaluada utilizando la escala de Beck, que es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos.

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítems, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

A efectos de selección de sujetos para investigación, el punto de corte usualmente aceptado es de ≥ 14 puntos.

Indicadores :

No depresión : 0 – 9 puntos

Depresión leve : 10 – 18 puntos

Depresión moderada : 19 – 29 puntos

Depresión grave : ≥ 30 puntos.^{21,22}

Tipo de variable : nominal

También para evaluar la depresión, se utilizará la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.

La MINI esta dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas “ **filtro** “ correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.

Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en “letra normal “ deben leerse “ palabra por palabra “ al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en “MAYUSCULAS “ no deben leerse al paciente. Estas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

Las oraciones escritas en “ **negrita** “ indican el tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encima (→) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo “ **NO** “ en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente.

Frases entre paréntesis () son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SI o NO.

El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente.²³

Indicadores :

Episodio depresivo mayor actual : codificó SI en 5 o más respuestas (A1 – A3).

Episodio depresivo mayor recidivante : si el paciente codifica positivo para un episodio depresivo mayor actual, y contesta SI para A4 a.

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos : si el paciente codifica positivo para un episodio depresivo mayor actual (A3 = SI) y codifica SI en 3 o más respuestas de A6.

Trastorno distímico : codificó SI en 2 o más respuestas de B3 o codificó SI en B4.

Tipo de variable : nominal

Trastorno mental crónico.

Definición conceptual.

Se define como un síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente mayor de morir o de dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular. Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción conductual, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado, ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción del individuo. Se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo.²⁴

El término cronicidad se aplica para las enfermedades muy largas o habituales.

Definición operacional.

Se mide en meses o años, se cuenta desde que inició su enfermedad hasta la fecha actual. Para fines de este estudio se considerará crónico, a partir de 1 año de diagnosticado el trastorno psiquiátrico en el paciente.

Tipo de variable : nominal

UNIVERSO DE TRABAJO.

Se trabajó con hombres y mujeres, mayores de 18 años , familiares o cónyuges, que tuvieron a su cuidado por más de 1 año a un paciente derechohabiente con un trastorno mental crónico, y que acudiera al Hospital Regional de Psiquiatría “Morelos”, de primera vez y subsecuente a los servicios de Consulta Externa, u Hospital de Día o Clínica de Esquizofrenia u Hospitalización; portador de uno de los siguientes padecimientos, de acuerdo a los criterios diagnósticos de la CIE 10 : esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (no agudos), trastornos relacionados con sustancias, trastorno bipolar, demencia y trastornos depresivos, estos diagnósticos fueron realizados por su médico psiquiatra tratante ; que reunían los criterios de inclusión y no presentaron de exclusión para este estudio.

POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Cuidadores de pacientes derechohabientes con un trastorno mental crónico del Hospital Regional de Psiquiatría “Morelos”.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de inclusión.

- 1.- Hombres y mujeres mayores de 18 años.
- 2.- Familiares o cónyuges, que tuvieron a su cuidado por más de 1 año a un paciente derechohabiente con un trastorno mental crónico.
- 3.- El paciente acudió a alguno de los siguientes servicios del Hospital Regional de Psiquiatría “Morelos” : Consulta Externa , Hospital de Día, Clínica de Esquizofrenia y Hospitalización

- 4.- El paciente debió ser portador de uno de los siguientes padecimientos, de acuerdo a los criterios de la CIE 10 : esquizofrenia u otro trastorno psicótico no agudo, trastorno bipolar, demencia, trastornos depresivos. Dicho diagnóstico fue realizado por su médico psiquiatra tratante.
- 5.- Firmar el consentimiento informado.
- 6.- Saber leer y escribir.

Criterios de exclusión.

- 1.- Que presentaran algún padecimiento médico y / o psiquiátrico grave (esquizofrenia u otro trastorno psicótico, trastorno bipolar, demencia, enfermedad médica descompensada, descontrolada o en fase terminal).
- 2.- Reactivos incompletos.
- 3.- Que en los últimos 6 meses el cuidador hubiera tenido una pérdida (muerte, pérdida del estatus o del trabajo).
- 4.- Que no fuera familiar o cónyuge del paciente (por ejemplo: amigo)

MATERIAL Y MÉTODOS.

Metodología.

- 1.- Se seleccionó a cuidadores de los pacientes derechohabientes (familiares o cónyuges) con un trastorno mental crónico, que acudieron al Hospital Regional de Psiquiatría “ Morelos “.
- 2.- Los pacientes debían tener los siguientes trastornos psiquiátricos, de acuerdo a los criterios diagnósticos de la CIE 10 : esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (no agudos), trastornos relacionados con sustancias, trastorno bipolar, demencia , y trastornos depresivos , dichos diagnósticos fueron realizados por su médico psiquiatra tratante.
- 3.- La muestra estuvo conformada por cuidadores de pacientes derechohabientes con un trastorno mental crónico ; se tomó de forma no aleatoria, durante un período de 2 meses (octubre y noviembre), de los pacientes que acudieron de primera vez y subsecuentes a los siguientes servicios : Consulta Externa, Hospital de Día, Clínica de Esquizofrenia y Hospitalización y que reúnan los criterios de inclusión y exclusión para este protocolo.
- 4.- Los cuidadores, cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.
- 5.- Se les explicó a los cuidadores de los pacientes las características del protocolo.

6.- A los cuidadores de los pacientes que estuvieron de acuerdo en ingresar, firmaron la carta de consentimiento informado.

7.- Los médicos residentes de tercer año de psiquiatría del Hospital Regional de Psiquiatría “ Morelos” , les aplicaron la MINI entrevista neuropsiquiátrica internacional para detectar la presencia de depresión

8.- Se les proporcionó a los cuidadores, la escala de Beck, la cual contestaron para detectar si existe depresión.

5.- Los médicos residentes de tercer año de psiquiatría de dicho hospital, calificaron la MINI entrevista neuropsiquiátrica internacional y la escala de Beck de cada uno de los cuidadores.

6.- Una vez calificadas se comparó si la depresión varía en los cuidadores de acuerdo al padecimiento psiquiátrico del paciente.

DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Análisis descriptivo :

Porcentajes

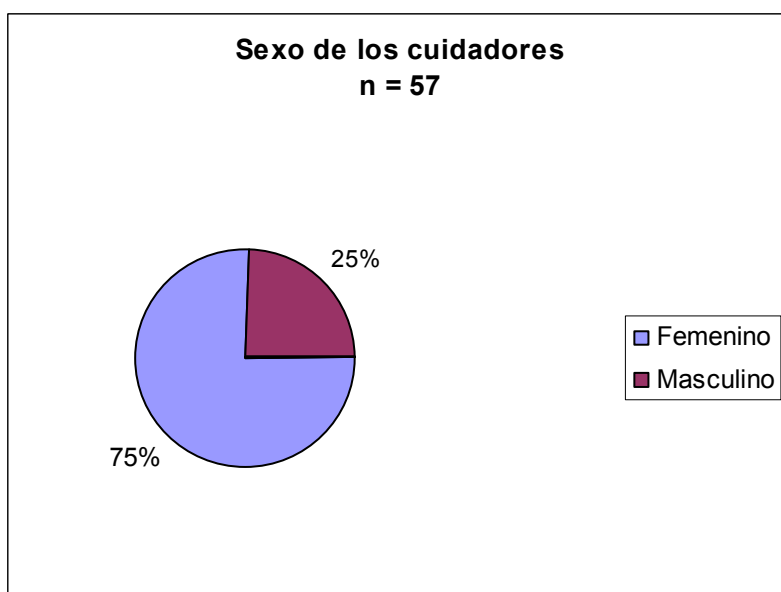
Tablas

Gráficos

Cuadros

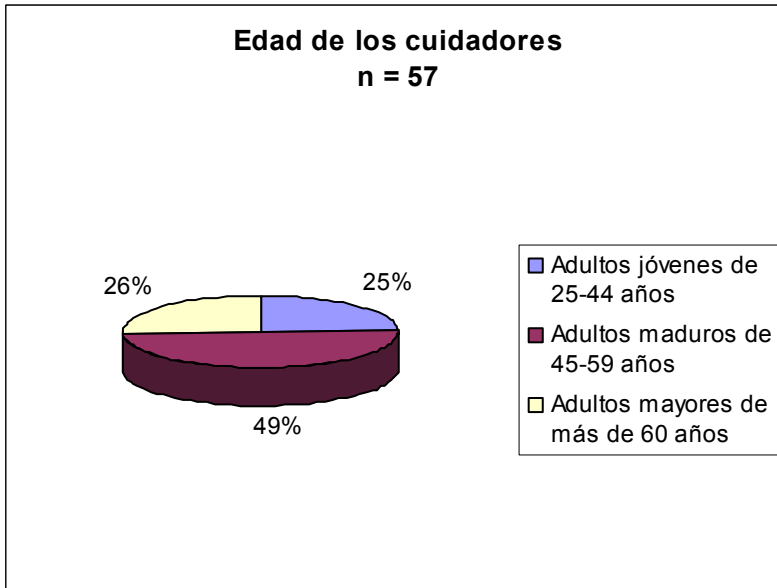
RESULTADOS.

Con respecto a las características demográficas de los cuidadores, en nuestro estudio se observó que la mayor parte de los cuidadores pertenecen al sexo femenino 75 % (n = 43) vs el masculino 25 % (n = 14).



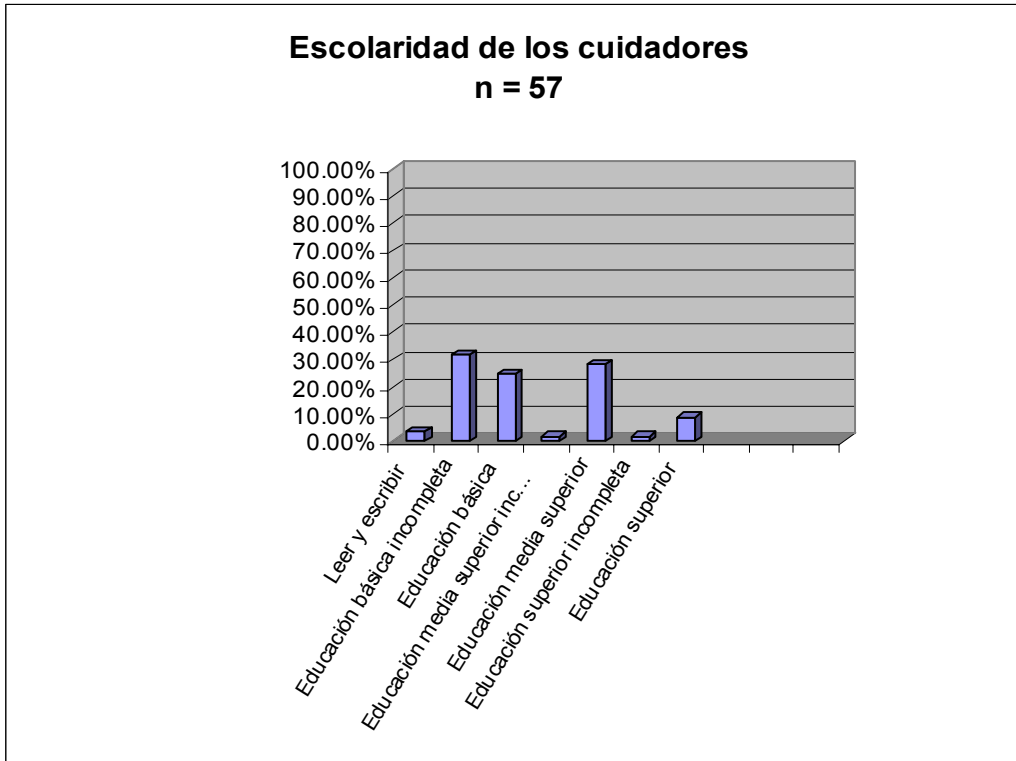
Sexo	n = 57	Porcentaje
Femenino	43	75.44%
Masculino	14	24.56%

El grupo etario que con mayor frecuencia se encarga del cuidado del paciente es el de adultos maduros, el cual corresponde de los 45 a los 59 años y en nuestro estudio representó el 49 % (n = 28), seguido de el grupo de adultos mayores (de más de 60 años) 26 % (n = 15) y finalmente el grupo minoritario fue el de adultos jóvenes (de 25 a 44 años) que representó el 25 % (n = 14).



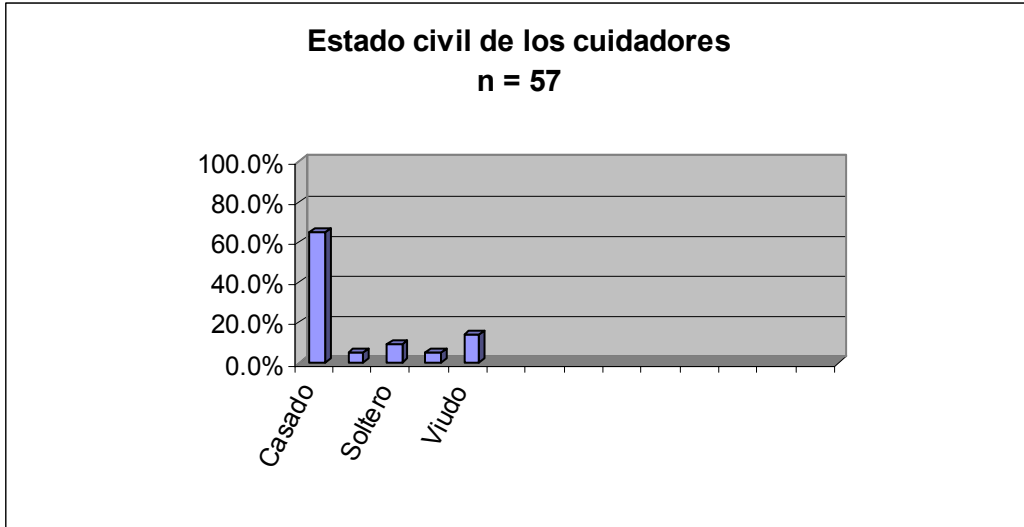
Edad	n = 57	Porcentaje
Adultos jóvenes de 25 – 44 años	14	24.56 %
Adultos maduros de 45 – 59 años	28	49.12%
Adultos mayores de más de 60 años	15	26.32%

En cuanto al nivel de estudios de los cuidadores, el grupo más numeroso corresponde al de educación básica incompleta 31 % (n = 18) seguido del de educación media superior 27 % (n = 16); educación básica 25 % (n = 14); educación superior 9% (n = 5); leer y escribir 4 % (n = 2); educación media superior incompleta 2% (n = 1) y educación superior incompleta 2 % (n = 1).



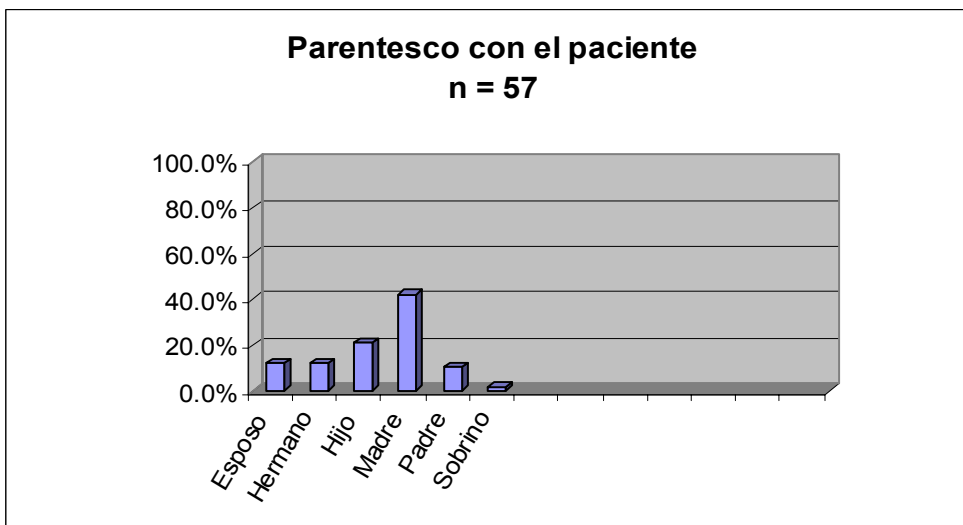
Escolaridad	n = 57	Porcentaje
Leer y escribir	2	3.51%
Educación básica incompleta	18	31.58%
Educación básica	14	24.56%
Educación media superior incompleta	1	1.75%
Educación media superior	16	28.07%
Educación superior incompleta	1	1.75%
Educación superior	5	8.77%

El estado civil de los cuidadores que predominó en nuestra muestra fue el de casado 67 % (n = 37), seguido del de viudo 14 % (n = 8) ; soltero 9 % (n = 5) ; divorciado 5 % (n = 3) y unión libre 5 % (n = 3).



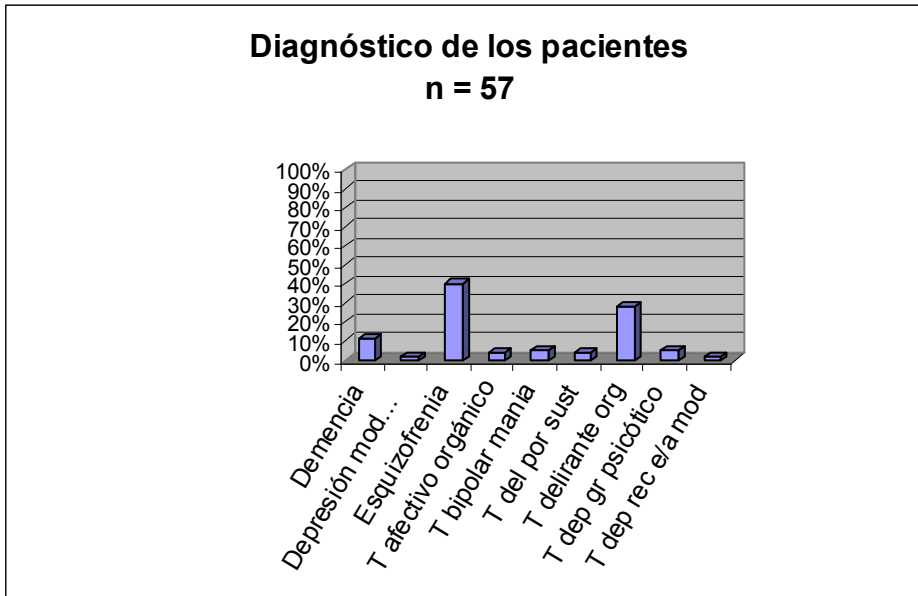
Estado civil	n = 57	Porcentaje
Casado	37	64.9%
Divorciado	3	5.3%
Soltero	5	8.8%
Unión libre	3	5.3%
Viudo	8	14%

Acerca del parentesco con el paciente, se observó que la madre es la persona que con más frecuencia cuida al paciente 42 % (n = 24); seguido del hijo 21 % (n = 12) ; esposo 12 % (n = 7) ; hermano 12 % (n = 7) ; padre 11 % (n = 6) y sobrino 2 % (n = 1).



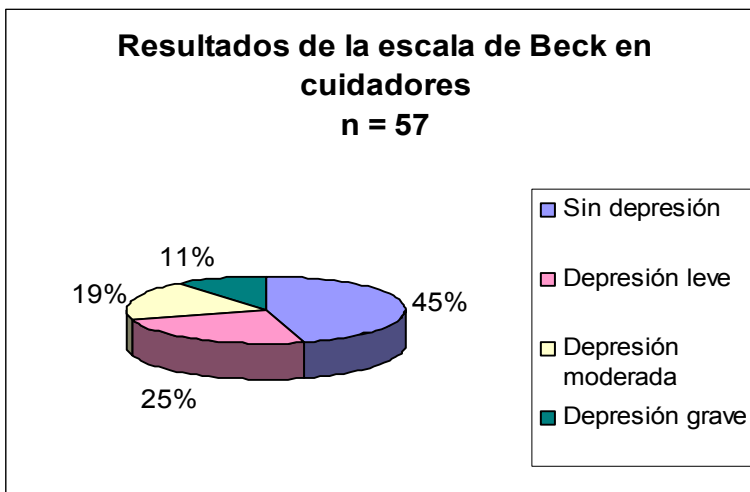
Parentesco	n = 57	Porcentaje
Hijo	12	21.1%
Madre	24	42.1%
Padre	6	10.5%
Sobrino	1	1.8%

En cuanto a los diagnósticos de los pacientes, la mayor parte de nuestra muestra estuvo conformada por pacientes con esquizofrenia 40 % (n = 23), seguida de trastorno delirante orgánico 28 % (n = 16), demencia 11 % (n = 6), trastorno bipolar en fase maniaca 5 % (n = 3), trastorno depresivo recurrente episodio actual grave con síntomas psicóticos 5 % (n = 3), trastorno afectivo orgánico 4% (n = 2), trastorno delirante secundario a consumo de sustancias 4% (n = 2), depresión moderada 2% (n = 1) y trastorno depresivo recurrente episodio actual moderado 2% (n = 1).



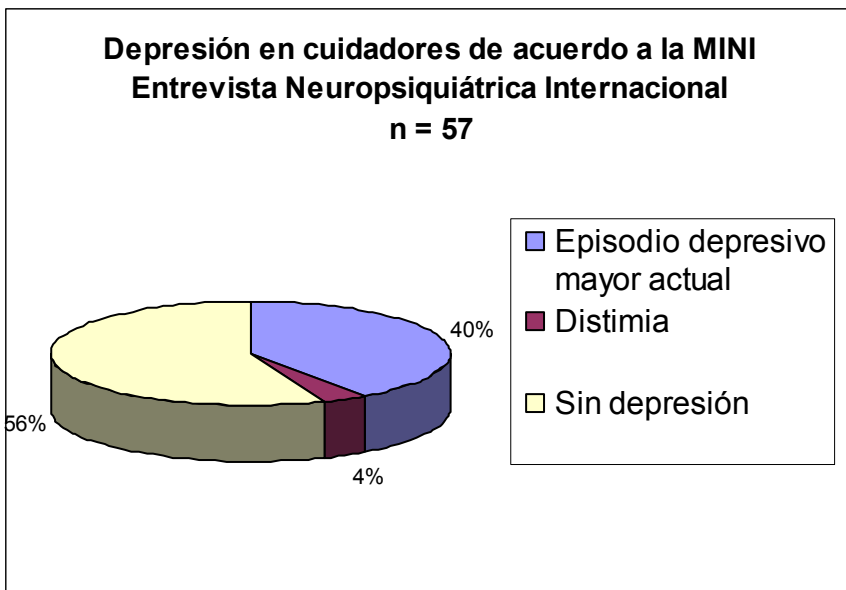
Diagnóstico del paciente	n = 57	Porcentaje
Demencia	6	11%
Depresión moderada	1	2%
Esquizofrenia	23	40%
Trastorno afectivo orgánico	2	4%
Trastorno bipolar en fase maníaca	3	5%
Trastorno delirante secundario a consumo de sustancias	2	4%
Trastorno delirante orgánico	16	28%
Trastorno depresivo episodio actual grave con síntomas psicóticos	3	5%
Trastorno depresivo recurrente episodio actual moderado	1	2%

Los resultados de la escala de Beck aplicada a los cuidadores mostraron que el 45 % (n = 26) cursa sin depresión ; el 25 % (n = 14) con depresión leve ; el 19 % (n = 11) con depresión moderada y el 11 % (n = 6) con depresión grave.

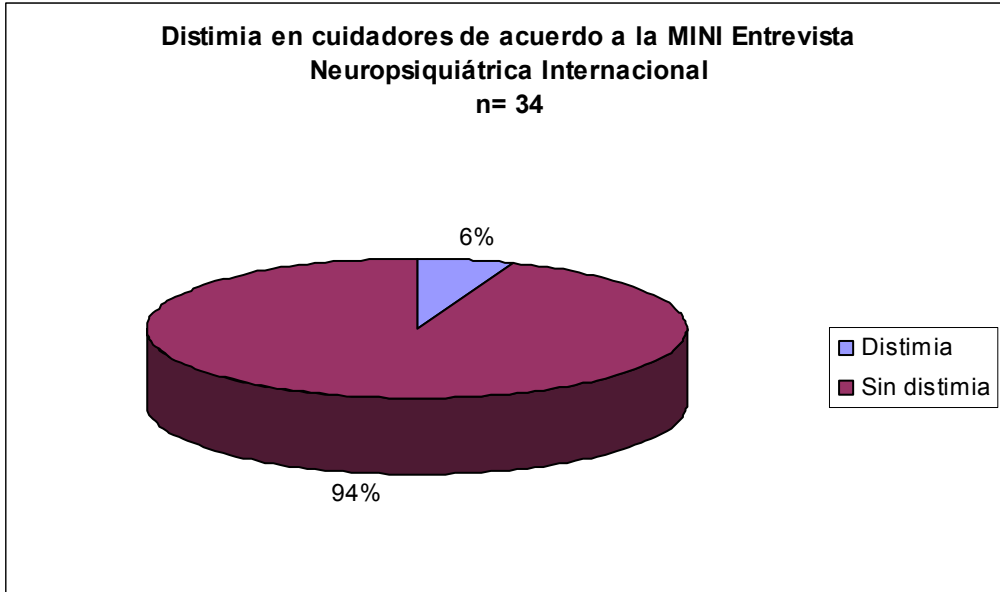


Diagnóstico del cuidador	n = 57	Porcentaje
Sin depresión	26	45 %
Depresión leve	14	25 %
Depresión moderada	11	19 %
Depresión grave	6	11 %

La MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional aplicada a los cuidadores arrojó los siguientes datos el 56 % de los cuidadores (n = 32) no tenían depresión ; el 40 % (n = 23) cursaban con un episodio depresivo mayor actual y el 4 % (n = 2) cursó con distimia.



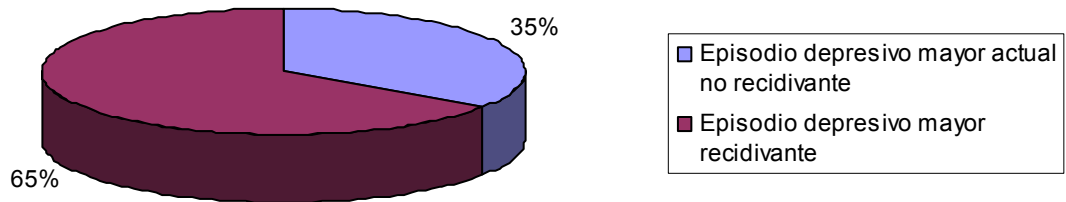
Diagnóstico	n = 57	Porcentaje
Episodio depresivo mayor actual	23	40.4%
Distimia	2	3.5%
Sin depresión	32	56.1%



Diagnóstico	n = 34	Porcentaje
Distimia	2	5.9%
Sin distimia	32	94.1%

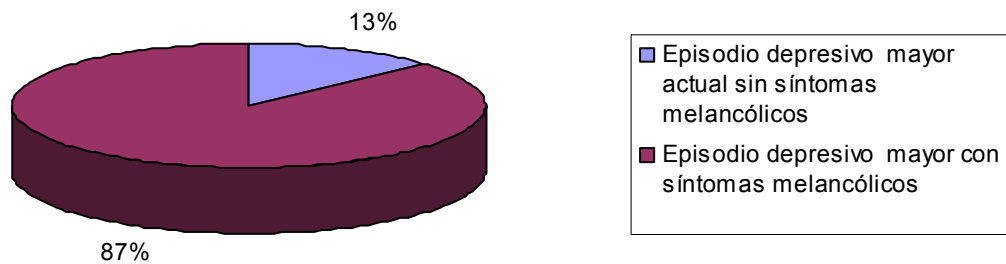
Dentro del episodio depresivo mayor actual se observó que el 65 % (n = 15) calificó para un episodio depresivo mayor recidivante; de ese mismo episodio depresivo mayor actual el 87 % (n = 20) calificó para un episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos.

**Episodio depresivo mayor recidivante en cuidadores de acuerdo a la
MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
n = 23**



Diagnóstico (Episodio depresivo mayor actual)	n = 23	Porcentaje
Episodio depresivo mayor actual no recidivante	8	34.8%
Episodio depresivo mayor recidivante	15	65.2%

**Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos en cuidadores de
acuerdo a la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
n = 23**



Diagnóstico (Episodio depresivo mayor actual)	n = 23	Porcentaje
Episodio depresivo mayor actual sin síntomas melancólicos	3	13%
Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos	20	87%

Con respecto a los diagnósticos de los pacientes, se observó que en los trastornos que cursaban con sintomatología psicótica y alteraciones en la conducta, es más frecuente la sintomatología depresiva en los cuidadores ; como lo es en el caso de los trastornos delirantes inducidos por sustancias en los que el 100 % (n = 2) cursó con sintomatología afectiva, seguido de la demencia que el 66 % (n = 4) ; trastorno depresivo grave con síntomas psicóticos 66 % (n = 3) ; trastorno delirante orgánico 50 % (n = 8) ; trastorno bipolar en fase maníaca 33 % (n = 1) y esquizofrenia 30 % (n = 7) .

Diagnóstico del paciente	n	Con depresión en el cuidador	%	Sin depresión en el cuidador	%
Demencia	6	4	66.66 %	2	33.33 %
Depresión moderada	1	1	100 %	0	0 %
Esquizofrenia	23	7	30.43 %	16	69.57 %
T. afectivo orgánico	2	0	0 %	2	100 %
T. bipolar en fase maníaca	3	1	33.33 %	2	66.66 %
T. delirante por sustancias	2	2	100 %	0	0 %
T. delirante orgánico	16	8	50 %	8	50 %
T. depresivo grave con síntomas psicóticos	3	2	66.66 %	1	33.33 %
T. depresivo recurrente episodio actual moderado	1	0	0 %	1	100 %

DISCUSIÓN.

En nuestra investigación, de acuerdo a la escala de Beck, el 55 % de los cuidadores cursan con algún grado de depresión y de acuerdo a la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional el 44 % cursa con síntomas depresivos al momento del estudio.

Los resultados obtenidos en este estudio coinciden con los de la literatura internacional, donde se reporta que los cuidadores pertenecen con mayor frecuencia al sexo femenino, y tienden a presentar más morbilidad psiquiátrica atribuida directamente al cuidado del enfermo en comparación con el sexo masculino.^{18,19}

El grupo etario que predominó en nuestra muestra fue el de los adultos maduros, siendo esta una población económicamente productiva y que en nuestro estudio se observó que se dedican gran parte de su tiempo al cuidado del paciente, llegando incluso a descuidar sus propias actividades laborales, sociales y económicas.

Existen variables fuertemente asociadas a depresión en el cuidador, entre ellas destaca la relación que existe entre el cuidador y quien recibe los cuidados, se ha observado que la madre es la persona que desempeña con mayor frecuencia el rol de cuidador y que además presenta más sintomatología depresiva²¹, y nuestros resultados coinciden con estos datos.

En nuestro estudio, se observó que los cuidadores de pacientes disruptivos presentan más sintomatología depresiva en comparación con los pacientes que no cursan con cuadros psicóticos y / o con alteraciones de la conducta; esto coincide con lo reportado por Winefield quien observó que un comportamiento perturbador (agresividad, destructibilidad y abuso de sustancias) contribuían de manera significativa a la presencia de depresión en el cuidador.¹⁶

Cabe mencionar que gran parte de nuestra muestra fue tomada de la clínica de esquizofrenia, donde los pacientes acuden a rehabilitación y se encuentran psicopatológicamente estables, y a pesar de esto se encontraron casos de depresión en los cuidadores, por lo que sería importante realizar estudios posteriores para investigar las posibles causas que pudieran estar condicionando la depresión en los cuidadores.

Con respecto a los trastornos demenciales nuestro estudio reveló que el 66 % de los cuidadores cursó con algún trastorno depresivo, lo cual coincide con lo reportado por otros estudios.⁵

Todos los grupos de familiares de pacientes con trastornos del estado de ánimo se ven afectados, pero los familiares de los pacientes con trastorno bipolar son los menos. Esto es debido a que la mayoría de los pacientes con trastorno bipolar tiene una naturaleza episódica de su padecimiento que los familiares ven como un alivio y porque los síntomas son más fáciles de distinguir del comportamiento habitual¹³, lo obtenido en este estudio concuerda con estos datos, ya que se solo el 33 % de los cuidadores cursó con depresión; sin embargo habrá que realizar más estudios al respecto ya que en nuestra investigación una limitación fue el reducido tamaño de muestra para este padecimiento.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en nuestro estudio están de acuerdo con lo reportado por la literatura internacional, donde se observa que los trastornos depresivos son frecuentes en el cuidador ; por lo que es importante implementar programas estratégicos , como una evaluación oportuna de la psicopatología que pudiera presentar el cuidador y en caso de detectarse algún trastorno depresivo iniciar su manejo de psicoterapia individual por parte de psiquiatría, además de ofrecerle otras alternativas como los son la psicoeducación, psicoterapia de grupo, de familia, que contribuirán a mejorar la calidad de vida del cuidador y la calidad de atención al paciente, fortaleciendo así la capacidad de apoyo al paciente.

Una de las limitaciones de nuestro estudio fue el reducido tamaño de la muestra, por lo que se sugiere para investigaciones posteriores, que en los rubros en los que la muestra fue pequeña, ampliar el número de casos para generalizar los resultados.

ANEXO

Escalas Consentimiento informado Cédula de datos para el familiar

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

A continuación se encontrará usted una serie de cuadros con frases que nos indican diferentes grados de depresión. por favor encierre en un círculo el número de frase que describa mejor la forma en que usted se siente actualmente.

A

- 0 No me siento triste
- 1 Me siento triste
- 2 Me siento triste todo el tiempo
- 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

B

- 0 No estoy particularmente pesimista o desalentado con respecto al futuro
- 1 Me siento más desanimado que antes con respecto al futuro
- 2 No espero que las cosas me resulten bien
- 3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que seguirá empeorando

C

- 0 No me siento fracasado
- 1 Siento que he fracasado más de lo que debería
- 2 Cuando veo mi vida hacia atrás, lo único que puedo ver son muchos fracasos
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total

D

- 0 Obtengo tanto placer como siempre de las cosas que me gustan
- 1 No disfruto de las cosas como antes
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar
- 3 Estoy insatisfecho con todo

E

- 0 No me siento particularmente culpable
- 1 Me siento culpable con respecto a muchas cosas que he hecho o que debía hacer
- 2 Me siento bastante culpable casi todo el tiempo
- 3 Me siento culpable todo el tiempo

F

- 0 No siento que esté siendo castigado
- 1 Siento que tal vez seré castigado
- 2 Espero ser castigado
- 3 Siento que estoy siendo castigado

- G
- 0 Me siento igual que siempre a cerca de mi mismo
 - 1 He perdido confianza en mi mismo
 - 2 Estoy desilusionado de mi mismo
 - 3 No me agrado
- H
- 0 No me critico ni me culpo más de lo usual
 - 1 Soy más crítico de mi mismo de lo que solía ser
 - 2 Me critico por todas mis fallas y errores
 - 3 Me culpo por todo lo malo que sucede
- I
- 0 No tengo ninguna intención de dañarme
 - 1 Tengo pensamiento acerca de matarme, pero no los llevaría a acabo
 - 2 Me gustaría matarme
 - 3 Me mataría tuviera la oportunidad
- J
- 0 No lloro más que lo usual
 - 1 Ahora lloro más de lo que acostumbraba
 - 2 Ahora lloro todo el tiempo. No puedo detenerme
 - 3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo hacerlo, aunque quiera
- K
- 0 No me irrito más ahora de lo que siempre lo he hecho
 - 1 Ahora me molesto o me irrito más fácilmente que antes
 - 2 Me siento irritado todo el tiempo
 - 3 Las cosas que usualmente me irritan ya no consiguen hacerlo ahora
- L
- 0 No he perdido interés en otras personas
 - 1 Estoy interesado en otras personas de lo que era usual
 - 2 He perdido mucho interés en la gente y me preocupa poco lo que suceda
 - 3 He perdido todo mi interés en la gente y no me preocupa nada de lo que pase
- M
- 0 Tomo decisiones tan bien como antes
 - 1 Estoy menos seguro de mi mismo ahora y trato de evitar tomar decisiones
 - 2 Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
 - 3 En ningún caso puedo tomar ningún tipo de decisión
- N
- 0 No me siento que me vea peor ahora que antes
 - 1 Me preocupa el que yo parezca viejo o poco atractivo
 - 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y ellos me hacen parecer poco atractivo
 - 3 Siento que soy feo o repulsivo a la vista

- O
- 0 Puedo trabajar tan bien como antes
 - 1 No trabajo tan bien como lo acostumbraba
 - 2 Me cuesta muchísimo trabajo hacer algo
 - 3 De plano no puedo hacer nada
- P
- 0 Puedo dormir tan bien como antes
 - 1 Ahora despierto más cansado que antes
 - 2 Despierto una o dos veces más temprano que antes y es muy difícil que me vuelva a dormir
 - 3 No puedo dormir más que cinco horas y me despierto muy temprano diariamente
- Q
- 0 No me canso más que lo usual
 - 1 Me canso más fácilmente que antes
 - 2 Me cansa hacer algo
 - 3 Estoy muy cansado para hacer algo
- R
- 0 Mi apetito no es peor que lo usual
 - 1 Mi apetito no es tan bueno como antes
 - 2 Mi apetito es mucho peor ahora
 - 3 No tengo apetito de nada
- S
- 0 No he perdido mucho peso o ninguno últimamente
 - 1 He perdido más de tres kilos
 - 2 He perdido más de cinco kilos
 - 3 He perdido más de siete kilos
- T
- 0 No estoy más preocupado (a) por mi salud que antes
 - 1 Estoy preocupado (a) por problemas físicos como dolores y molestias
 - 2 Estoy muy preocupado (a) por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas
 - 3 Estoy tan preocupado (a) con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más
- U
- 0 No he notado cambios en mi interés por el sexo
 - 1 Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes
 - 2 Estoy mucho menos interesado (a) en el sexo ahora
 - 3 He perdido completamente el interés en el sexo

*Torres-Castillo M, Hernández-Malpica E, Ortega-Soto H. Validez y reproducibilidad del inventario para depresión de Beck en un hospital de Cardiología. Salud Mental 1991; 14(2):1-6.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN
PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA

LUGAR Y FECHA _____

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO: DEPRESION EN CUIDADORES DE PACIENTES CON UN TRASTORNO MENTAL CRONICO.

REGISTRADO ANTE EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION MEDICA CON EL NUMERO _____ SIENDO EL SECRETARIO DEL SUBCOMITE DE ETICA EL PSICOL. MARIO GALLARDO.

EL OBJETIVO DEL ESTUDIO ES: SABER SI HAY DEPRESION COMO CONSECUENCIA DE CUIDAR A UN ENFERMO PSIQUIATRICO CRONICO.

DENTRO DE LAS VENTAJAS QUE HAY AL PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO, ES DETECTAR SI PRESENTO DEPRESION E IDENTIFICAR SI NECESITO MANEJO POR PARTE DE PSIQUIATRIA, PARA ASI FORTALECER LA CAPACIDAD DE APOYO A MI PACIENTE. EN CASO DE NO SER DERECHOHABIENTE SE ME ORIENTARA ACERCA DE LOS LUGARES DONDE PUEDO ACUDIR A CONSULTA DE PSIQUIATRIA Y EN CASO DE SER DERECHOHABIENTE SE ME INDICARA EL PROCESO QUE DEBO SEGUIR PARA QUE SEA CANALIZADO AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA.

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACION CONSISTIRA EN: CONTESTAR DOS CUESTIONARIOS.

SE ME APLICARA LA MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA INTERNACIONAL Y CONTESTARE LA ESCALA DE BECK PARA QUE SEA VALORADA LA PRESENCIA DE DEPRESION.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL (DRA. MAYRA HERNANDEZ CHAVEZ) SE HA COMPROMETIDO A DARMER INFORMACION OPORTUNA SOBRE CUALQUIER PROCEDIMIENTO ALTERNATIVO ADECUADO QUE PUDIERA SER VENTAJOSO PARA MI. ASI COMO A RESPONDER CUALQUIER PREGUNTA Y ACLARAR CUALQUIER DUDA QUE SE LE PLANTEE ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARON A CABO, LOS RIESGOS, BENEFICIOS O CUALQUIER OTRO ASUNTO RELACIONADO CON LA INVESTIGACION .

ANTE CUALQUIER DUDA ME PODRE COMUNICAR CON EL INVESTIGADOR PRINCIPAL A LOS TELS : 57 – 81 – 75 – 61 Ó 55 – 77 – 44 – 19 EXT 115 Ó 116.

ENTIENDO QUE CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE, SIN QUE ELLO AFECTE LA ATENCION MEDICA QUE RECIBO DEL INSTITUTO.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL ME HA DADO SEGURIDADES DE QUE NO SE ME IDENTIFICARA EN LAS PRESENTACIONES O PUBLICACIONES QUE DERIVEN DE ESTE ESTUDIO Y DE QUE LOS DATOS RELACIONADOS CON MI PRIVACIDAD SERA MANEJADA EN FORMA CONFIDENCIAL. TAMBIEN SE HA COMPROMETIDO A PROPORCIONARME LA INFORMACION ACTUALIZADA QUE SE OBTENGA DURANTE EL ESTUDIO, AUNQUE PUDIERA HACERME CAMBIAR DE PARECER RESPECTO A MI PERMANENCIA EN EL MISMO.

NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR O
CONYUGE DEL PACIENTE

NOMBRE, MATRICULA Y FIRMA
DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL.

TESTIGO

TESTIGO

Hoja de datos.

Nombre:

Domicilio:

Teléfono:

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Escolaridad:

Desde qué año su paciente esta enfermo?

Qué diagnóstico tiene su paciente?

Qué parentesco hay entre el enfermo y usted?

Número de años que tiene cuidándolo :

Hay alguna otra persona que lo cuida además de usted ?

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

Instrucciones generales

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

ENTREVISTA:

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no.

PRESENTACIÓN:

La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un **recuadro gris**, una o varias preguntas «**filtro**» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.

Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

CONVENIOS:

Las oraciones escritas en «letra normal» deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en «MAYÚSCULAS» no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

Las oraciones escritas en «negrita» indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encima (↗) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el

entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «**NO**» en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente

(p. ej., la pregunta H6).

Frasas entre paréntesis () son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO.

El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (p. ej., período de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o).

Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse sí en la MINI. La

MINI Plus tiene preguntas que explora estos problemas.

Para preguntas, sugerencias, sesiones de entrenamiento o información acerca de los últimos cambios en

A. Episodio depresivo mayor

(SIGNIFICA: IRA LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1 ¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días? NO SI 1

A2 ¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban? NO SI 2

¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2? NO SÍ

A3 En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:

a ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)?

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA NO SI 3

b ¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?

NO SI 4

c ¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo? NO SI 5

d ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía? NO SÍ 6

e ¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil? NO SÍ 7

f ¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones? NO SÍ 8

g ¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto? NO SÍ 9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO SI

Episodio depresivo mayor actual

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

A4 ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar? NO SI 10

b ¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?

NO SI 11

Episodio depresivo mayor recidivante

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

(SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3 = SÍ), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A5 a ¿CODIFICÓ SÍ EN A2? NO SÍ

b ¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban? NO SI 12

Si NO: ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?



¿CODIFICÓ SÍ EN A5a OA5b? NO SÍ

A6 **Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:**

a ¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto? NO SI 13

b ¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas? NO SÍ 14

c ¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse? NO SI 15

d ¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)? NO SÍ

e ¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)? NO SÍ

f ¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado NO SÍ 16
con la realidad de la situación?

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO SI
Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos

B. Trastorno distímico

( SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO



B1 ¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo? NO SI 17



B2 ¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien? NO SI 18

B3 **Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:**

a ¿Cambió su apetito notablemente? NO SÍ 19

b ¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso? NO SÍ 20

c ¿Se sintió cansado o sin energía? NO SÍ 21

d ¿Perdió la confianza en sí mismo? NO SÍ 22

e ¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones? NO SÍ 23

f ¿Tuvo sentimientos de desesperanza? NO SÍ 24



¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3? NOSÍ



B4 ¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido NO SÍ 25
con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

NO SI
Trastorno distímico actual