



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**DIFERENCIA DE GÉNERO EN EL GRADO
DE DEPRESIÓN QUE SUFREN LOS
CUIDADORES PRIMARIOS DE ENFERMOS
DE HUNTINGTON**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

DONAJI TOLEDO BETANZOS

DIRECTORA DE TESIS

MTRA. LILIA JOYA LAUREANO



Ciudad Universitaria, Cd. De México 2017



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.

AGRADECIMIENTOS

Al Creador de Todo lo que es, por darme la oportunidad de vivir y aprender en éste plano, a la Madre tierra por permitirme ser viajera y gozar de todos los beneficios de su providencia.

A mis Padres Donaldo y Elia por haberme transmitido la vida, por haber sido los perfectos para mí y haber hecho lo suficiente... Los Amo profundamente!

A mis hermanos Martín, Elisa, Guadalupe, Santiago y Donaldo por que han sido siempre mis grandes maestros, por formar parte de ésta gran cadena donde cada eslabón está unido por el amor filial, el eterno apoyo y reconocimiento a la grandeza de nuestro linaje.

A mi esposo Leonardo por ser la pareja perfecta, quien me ha impulsado a crecer en todos los sentidos, por ser quien ha complementado mi existencia.

A mis hijos Ana Karen y Diego por su gran amor, apoyo, paciencia y tolerancia a mi persona, porque son nuestra mejor versión.

A cada una de las personas que estuvieron al pendiente de mi trabajo, Maestros, compañeros, colaboradores, a la Asociación Mexicana de la Enfermedad de Huntington I.A.P., por haberme abierto las puertas a esta travesía que ha nutrido en gran manera mi vida.

MUCHAS GRACIAS...

Contenido

CAPÍTULO I. ENFERMEDAD DE HUNTINGTON	7
1.1 ANTECEDENTES	7
1.2 ETIOLOGIA.....	8
1.3 SÍNTOMAS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS	14
1.4 EPIDEMIOLOGIA.....	17
1.5 DIAGNOSTICO	18
CAPITULO II. DEPRESIÓN.....	19
2.1 ANTECEDENTES.....	19
2.2 DEFINICIÓN	19
2.3 ETIOLOGÍA.....	21
2.4 EPIDEMIOLOGIA.....	24
2.5 DIFERENCIA DE GÉNERO EN LA DEPRESION.....	25
2.6 ESCALA DE DEPRESION DE BECK.....	27
CAPITULO III. CUIDADOR DEL ENFERMO DE HUNTINGTON.....	29
3.1 DEFINICIÓN	29
3.2 TIPOS DE CUIDADOR	29
3.3 ASPECTOS EMOCIONALES	33
CAPITULO IV. MÉTODO	36
4.1 OBJETIVOS.....	36
4.2 HIPÓTESIS	36
4.3 VARIABLES	37
4.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	39
4.5 MUESTRA.....	39
4.6 INSTRUMENTOS	39
4.7 PROCEDIMIENTO.....	40
CAPITULO V. ANALISIS DE RESULTADOS.....	41
5.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	41
5.2 PRUEBAS DE HIPÓTESIS	45
CAPITULO VI. DISCUSIÓN.....	50
CAPITULO VII. SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

RESUMEN

La enfermedad de Huntington es una enfermedad crónico - degenerativa, hereditaria, por demás compleja, ya que altera 3 aspectos básicos del ser humano: descontrol motor, afecciones cognitivas y alteraciones psiquiátricas, el enfermo puede vivir hasta 20 años con la enfermedad y terminar en completa discapacidad. Los familiares finalmente se convierten en cuidadores de tiempo completo y las investigaciones señalan que los cuidadores primarios desarrollan depresión (Torres, Beltrán, Martínez, Saldívar, Quesada, Cruz, 2012)

El objetivo de este trabajo fue determinar el grado de depresión que presentan los familiares-cuidadores primarios de los enfermos de Huntington, haciendo una diferencia por género, si es cuidador único y etapa de la enfermedad.

Participaron 60 sujetos, 30 hombres y 30 mujeres de diferentes edades y diferentes tipos de filiación familiar, todos pertenecientes a la Asociación Mexicana de la Enfermedad de Huntington I.A.P. (AMEH), se les aplicó el inventario de Depresión de Beck, se realizaron comparaciones por género, ser cuidador único y etapa de la enfermedad, los resultados obtenidos no presentan diferencias estadísticamente significativas.

Palabras clave:

Enfermedad de Huntington, Familiar-Cuidador primario, Depresión, Diferencia de género.

INTRODUCCIÓN

Se han realizado investigaciones acerca de las afecciones emocionales que sufren los cuidadores de pacientes con enfermedades demenciales, como Alzheimer y Parkinson, así como de pacientes dependientes enfermos de esquizofrenia y hemiplejía vascular, donde los estudiosos en la materia coinciden en que las afecciones más comunes en el cuidador son ansiedad y depresión.

Laserna (1997), menciona en su investigación de alteraciones emocionales de los cuidadores de enfermos de Alzheimer, que dichos cuidadores sufren distintos grados de depresión como la respuesta afectiva a las demandas del enfermo y a sus propias conductas de cuidado hacia su familiar.

Por otro lado Ávila, García y Gaitán (2010), declaran que los cuidadores de enfermos mentales sufren de afecciones psíquicas que se manifiestan en forma de síntomas nerviosos, depresión y distanciamiento emocional con el paciente, lo que conduce al empeoramiento de la calidad de vida del cuidador afectando sus relaciones sociales, amistades, intimidad y la libertad misma.

Marco (2004), manifiesta que existe evidencia de que la depresión del cuidador empeora los síntomas depresivos del paciente, ya que la repercusión negativa sobre el bienestar emocional y la salud mental del cuidador, así como la cantidad de carga está relacionada con factores dependientes de la personalidad del paciente, de las condiciones sociales del cuidador y de la progresión de la enfermedad.

González, Grass, Pittiot y Podestá (2004) afirman que el cuidador sufre de frustración, depresión, ansiedad, estrés, culpa, por mencionar algunas de las secuelas que se llegan a sufrir en su función al lado del paciente, las cuales se llegan a manifestar con alteraciones de la conducta, carácter y perturbaciones psicosomáticas (angustia, alergias, afecciones de la piel, lumbalgias, alteraciones gastrointestinales, etc.).

Al revisar la información que existe acerca de los cuidadores de enfermos demenciales, los autores manifiestan que dichos cuidadores sufren de afecciones físicas y psicológicas como la depresión, y que se requiere una atención especial que los apoye a continuar con tal admirable labor.

No es raro que los cuidadores sean víctimas de una depresión leve o incluso más grave, como resultado de las exigencias permanentes de cuidar a un ser querido enfermo, se ha comprobado que las personas que cuidan a un paciente de demencia tienen el doble de probabilidades de deprimirse, mientras más grave sea el estado de demencia, más probable será que el cuidador sea víctima de la depresión. Es indispensable que los cuidadores, sobre todo los que se ven en este caso, reciban apoyo continuo y seguro. (Rascón, Díaz, López y Reyes 1997)

Es evidente que los integrantes de la familia requieren ayuda para que puedan manejar a estos pacientes tanto en casa como en los lugares donde interactúan. (Rascón, et al. 1997)

Pérez, (2011) manifiesta que debido a que la Enfermedad de Huntington es progresiva, es inevitable reconocer que los miembros no afectados en la familia van a ser los cuidadores primarios y van a tener que tomar las responsabilidades que antes le competían al enfermo. Estos cambios pueden producir sentimientos de pérdida, resentimiento, enojo y desesperación. La depresión puede aparecer y las enfermedades se pueden tornar más frecuentes.

“Cada hijo de un padre con EH tiene una probabilidad del 50 % de heredar la enfermedad, independientemente de si sus hermanos o hermanas la hayan heredado. Si el hijo (a) no hereda el gen de sus padres, entonces no tienen EH y por lo tanto, no se la transmitirá a su descendencia. Si por el contrario, la persona ha heredado el gen, desarrollará la enfermedad tarde o temprano”. (Instituto Nacional de Neurología, 2012)

Es importante realizar ésta investigación ya que la enfermedad de Huntington no ha sido difundida lo suficiente como para que la gente la conozca (a comparación del Alzheimer o Parkinson). Por lo tanto, no hay mucha información acerca de la depresión que sufren los cuidadores primarios, lo cual es muy importante, debido a que el tiempo de evolución de la enfermedad es prolongado y el porcentaje de heredarla es bastante alto.

Aun cuando se lleva a cabo investigación activa a nivel internacional y se ha logrado desarrollar la posibilidad de predecir la enfermedad, el tratamiento continúa siendo paliativo y la cura todavía no se ha descubierto.

Con base a las opiniones anteriores se deduce que el estrés emocional que sufre el cuidador del enfermo de Huntington cuando es descendiente directo, es de doble impacto, porque por un lado tiene que enfrentar el hecho de cuidar y proveer atenciones al paciente y por el otro es la aflicción de ver proyectada su vida o la de sus familiares cercanos (hermanos, hijos) en caso de heredar el gen, además de ser testigos del desgaste físico y mental que acarrea esta enfermedad.

En éste trabajo de investigación se determinará el grado de depresión que sufren los cuidadores primarios, realizando una clasificación por género, ya que los hombres y las mujeres manejan los niveles de depresión de manera diferente.

CAPÍTULO I. ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

1.1 ANTECEDENTES

En 1872 un médico general en East Hampton Long Island Estados Unidos llamado George Huntington describe la enfermedad, llamándole corea hereditaria dando después en su honor el nombre de enfermedad de Huntington (E.H.) nombre con el que se conoce hoy en día. (en Arbor, 1970).

George Huntington, mencionó los elementos clínicos esenciales para el diagnóstico de la enfermedad, a saber: un desorden progresivo, combinando la corea con trastornos del comportamiento y demencia, que se transmite en forma autosómica dominante. (en Alonso, 2000).

La corea se deriva del griego y quiere decir danza o baile, los pacientes con la enfermedad de Huntington tienen movimientos involuntarios lo cual mantienen en continuo movimiento como si estuvieran bailando, por esa razón se usó la palabra corea para describir el movimiento (en Lowed, 2005).

Sin embargo, cabe notar que la enfermedad no siempre presenta los movimientos coreiformes descritos por el doctor Huntington. En 1963 dos neurólogos hicieron la siguiente anotación: "El uso deliberado del término Enfermedad de Huntington en lugar de Corea de Huntington puede servirnos como recordatorio de que existen otras formas además de la corea". Desde entonces, y con el fin de ser más precisos, la alteración se conoce como Enfermedad de Huntington. (Instituto Nacional de Neurología, 2012).

Es una enfermedad neurológica, hereditaria la cual provoca un deterioro progresivo a nivel cognitivo, físico y emocional. Inicia generalmente en la cuarta década de la vida, con sus excepciones en la infancia y la juventud, así como en la vejez. Por lo que lleva al individuo a una incapacidad y posteriormente a la muerte en un periodo de 10 a 40 años después del inicio de la misma (Alonso, 2000).

La mayor parte de los autores refieren edades próximas para el comienzo de la enfermedad (entre la 3ª y 4ª década) y todos los estudios suelen ser coincidentes en que la edad media de muerte se sitúa entre 15 y 20 años después. (López y Burguera, 2010)

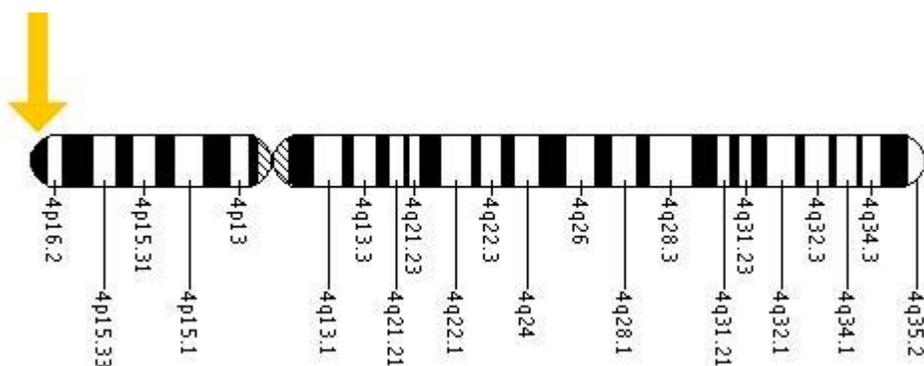
Los síntomas más comunes son movimientos incontrolados, pérdida de equilibrio en la marcha, problemas de deambulación, dificultades para tragar y pensar. Las alteraciones psiquiátricas se pueden presentar en cualquier etapa de la enfermedad, inclusive varios años antes del desarrollo de los síntomas motores (Paulsen, 1999).

1.2 ETIOLOGIA

Las enfermedades genéticas se producen por mutaciones que pueden ocurrir a nivel del genoma, del cromosoma o de los genes. Son el resultado de imperfecciones que se producen por azar en el proceso de replicación de ADN o por efecto de agentes físicos o químicos. La mutación a nivel de genes se presenta con una frecuencia muy baja, sin embargo, existen casos en los cuales la lesión en los genes no es resuelta y por lo tanto se transmite a la siguiente generación. (Encinosa, 2001)

La Enfermedad de Huntington es causada por una expansión de tripletes CAG (poliglutaminas) en el gen *IT15* del cromosoma 4, (actualmente se ha cambiado el nombre del gen y se le llama HD en lugar de *IT15* (Alonso, 2000)). Lo que significa que el tamaño de la secuencia repetida varía cuando las células se dividen (Vásquez, Morales, Fernández, Del Valle, Fornaguera, Cuenca, 2007.)

En el caso particular de Huntington, el trinucleótido CAG (Citosina-Adenina-Guanina) se repite más de 36 veces en el gen HD y es el responsable de producir una proteína llamada huntingtina (*htt*). La función es aún desconocida, sin embargo se expresa altamente en el cerebro, fundamentalmente en el citoplasma. El mecanismo que provoca la expansión y la vía que lleva a la neurodegeneración es uno de los muchos aspectos de la proteína *htt* que no han sido explicados hasta el momento. (Vásquez et. al., 2008) (Encinosa, 2001)



Esquema de repeticiones de trinucleótidos en el gen HD

El mecanismo mutacional responsable de la Enfermedad de Huntington se conoce como expansión de trinucleótidos repetidos. Existen evidencias de que se origina a lo largo de las divisiones mitóticas de las células germinales (gametos). La mutación es inestable. (Encinosa, 2004)

La proteína *htt* mutada es completamente dominante y dado que el cromosoma afectado pertenece a los autosomas (cromosomas no sexuales), se dice que esta enfermedad presenta un patrón de herencia **autosómico dominante**. Todos los individuos que hereden el alelo mutado eventualmente desarrollarán la enfermedad, a menos que mueran de otras causas antes del inicio de los síntomas. (Jaramillo, 2003).

Es dominante por que basta que uno de los genes del par 4 este alterado para que la enfermedad se presente. Una persona que tiene EH tiene una probabilidad de 50% de heredarla a sus hijos cada vez que tiene uno. Por eso a los hijos de las personas con EH se les llama individuos en riesgo y cada uno tiene 50% de posibilidades de haber heredado la enfermedad (Alonso, 1985).

Encinosa (2001), manifiesta que el número de repeticiones influye en el grado de degeneración neuronal y en la edad en que los síntomas empiezan a manifestarse; un individuo normal tiene entre 6 y 36 repeticiones y mientras mayor sea el número de repeticiones, mayor será el grado de lesión que se observe en el cuerpo estriado.

Además de que la edad de inicio es inversamente proporcional al número de repeticiones de CAG, es decir, que mientras más repeticiones de la cadena de trinucleótidos estén presentes, la edad de inicio será menor.

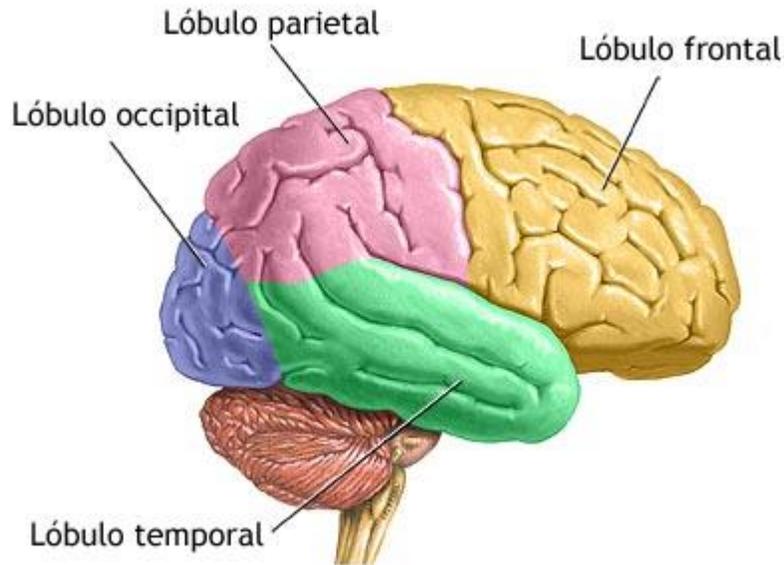
Las expansiones entre 40 y 50 repeticiones de CAG son vistas con frecuencia en personas que presentan síntomas entre los 30 y 50 años. El HD juvenil se asocia con casos que sobrepasan las 70 repeticiones. Desgraciadamente, el conocimiento actual de la Enfermedad de Huntington aún no permite predecir con exactitud el momento en que los síntomas van a aparecer. (Vásquez et. al 2007)

Otro patrón que actualmente se estudia es la relación entre el progenitor que hereda el gen mutado y la cantidad de repeticiones del trinucleótido CAG. Cuando la transmisión es vía materna, el alelo es de igual o menor tamaño (menos repeticiones). Cuando la transmisión es paterna, la mutación en el hijo o hija tiende a ser de mayor tamaño (más repeticiones). (Vásquez et. al 2007)

1.2.1 ANATOMIA Y FISILOGIA DE LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

Distintas áreas del cerebro son las responsables de los diferentes aspectos del comportamiento.

El lóbulo occipital contiene las células que nos permiten ver, estas células nos indican la forma, el color y el movimiento de las cosas que vemos. Los lóbulos parietales colindantes nos indican la situación espacial de las cosas que vemos, oímos y tocamos, tal y como un mapa nos dice el lugar en el que están los países, ciudades, carreteras. El lóbulo temporal es muy importante para nuestra memoria conteniendo células que nos ayudan a recordar caras nombres o sucesos que han ocurrido. El lóbulo frontal ocupa la mayor parte del cerebro y contiene los niveles más altos de nuestro comportamiento. El área del lóbulo frontal se considera a menudo el jefe o el director ejecutivo del resto del cerebro. Las funciones del lóbulo frontal consisten en organización, establecimiento de prioridades de varios eventos, control de impulsos, vigilancia de la conciencia de uno mismo, comienzo y fin de actividades, pensamiento creativo y resolución de problemas (Guyton, 1994)



Los ganglios basales constituyen otro sistema motor accesorio cerebral que no funciona por sí mismo, sino siempre está íntimamente asociado con la corteza cerebral y al sistema motor cortico espinal, los ganglios basales reciben casi todas sus señales que entran por la corteza cerebral. (Alonso, 1985)

A pesar que la proteína mutada se encuentra en muchos lugares a lo largo del Sistema Nervioso Central, la neurodegeneración aparece específicamente en el Cuerpo Estriado y en la corteza cerebral. La razón por la cual las lesiones se concentran en estas áreas es desconocida. (Encinosa, 2001)

El Cuerpo Estriado es parte de los Ganglios Basales, que son un grupo de núcleos de masa gris interconectados que participan en funciones motoras y no motoras, se encuentran en la profundidad de la sustancia blanca de cada hemisferio cerebral. (Afifi, 2006)

Los Ganglios Basales están asociados principalmente con el inicio y fin de los movimientos voluntarios e involuntarios, así como el control de los ajustes requeridos por los mismos, la función no motora de los Ganglios Basales se relaciona con procesos cognitivos y la emoción. (Afifi, 2006)

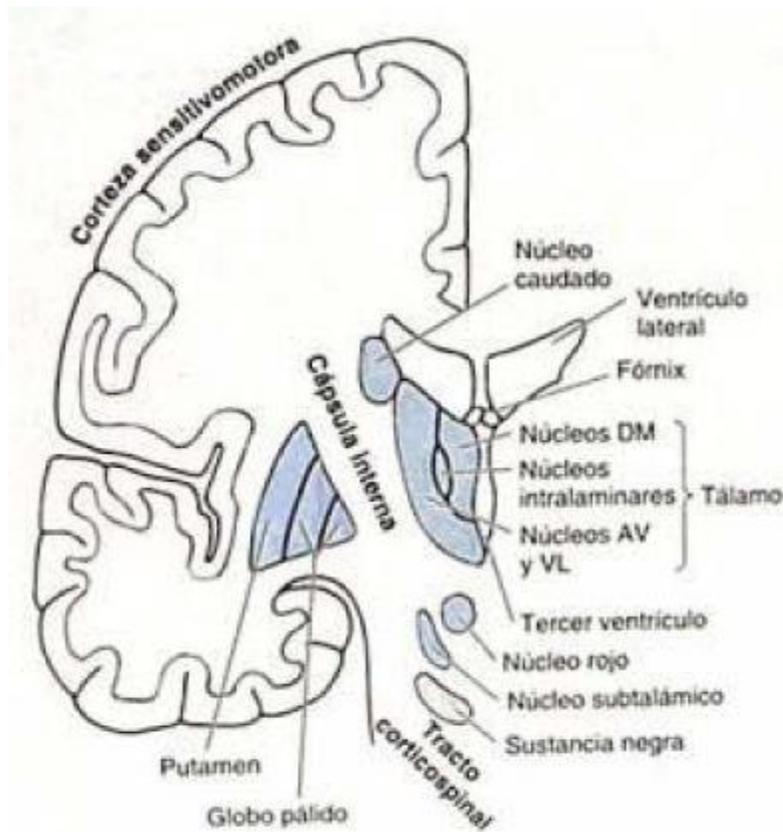
Las lesiones en estos núcleos producen alteraciones del movimiento tales como coreas, atetosis, balismos, distonias y tics. Nótese la diferencia respecto a las lesiones en la corteza cerebral que usualmente provocan pérdida total de movimiento. (Afifi, 2006)

El Cuerpo Estriado está formado por tres núcleos llamados: Caudado, el Putamen y el Globo Pálido. (Tortora y Derrickson, 2006)

1.2.2 ANATOMÍA DE LOS GANGLIOS BASALES

Los ganglios basales son grandes estructuras neuronales subcorticales que forman un circuito de núcleos interconectados entre sí cuya función es la iniciación e integración del movimiento. Reciben información de la corteza cerebral y del tronco del encéfalo, la procesan y proyectan de nuevo a la corteza, al tronco y a la médula espinal para contribuir así a la coordinación del movimiento.

El Cuerpo Estriado forma parte de los ganglios basales y está formado por tres núcleos llamados: Caudado, el Putamen y el Globo Pálido. (Tortora y Derrickson, 2006)



Esquema con la localización de los Ganglios basales

El Núcleo Caudado es una estructura en forma de C que se encuentra superior al Tálamo. Tiene tres porciones: cabeza, cuerpo y cola. La Cabeza del Núcleo Caudado se encuentra en contacto con una de las paredes del ventrículo lateral. Está asociado con el Sistema Límbico, especialmente su parte anterior. Por esta razón se dice que tiene relación con emociones tales como ira, placer, docilidad y afecto. Algunos estudios indican que la actividad de las neuronas en este núcleo se puede apreciar antes de los movimientos oculares y que está asociado también con procesos cognoscitivos. (Young, 2001)

El Putamen y el Globo Pálido se encuentran laterales al tálamo y separados del mismo por la cápsula interna. El Putamen se encuentra más cerca de la corteza

cerebral mientras que el Globo Pálido se encuentra más profundo. La actividad de las neuronas del Putamen precede a los movimientos corporales, especialmente brazo, pierna y cara. El Globo Pálido participa en la regulación del tono muscular de ciertos movimientos. Estos dos ganglios forman una estructura que se conoce como Núcleo Lenticular. (Tortora y Derrickson, 2006)

En etapas avanzadas de la Enfermedad de Huntington se observa dilatación de los cuernos frontales de los ventrículos laterales y los característicos ventrículos en vagón (atrofia de la cabeza del núcleo caudado). También se observa una retracción de las dendritas, predominantemente en la corteza cerebral. Mientras que la atrofia en los Ganglios Basales explica los trastornos de movimiento, la lesión en la corteza cerebral tiende a explicar los problemas psiquiátricos, incluida la demencia .progresiva asociada a los cambios de personalidad. (Gadea, 1996)

1.2.3 FUNCION DE LOS GANGLIOS BASALES

Los estudiosos en la materia coinciden en que los ganglios basales participan en el control motor. Por otro lado, se le asignan posibles contribuciones en las funciones cognoscitivas y emocionales. Se ha postulado que la función motora es desarrollada por los circuitos motores y oculomotores, la función cognoscitiva por los circuitos prefrontales y las emociones por el circuito límbico. (Hernández, 2007)

Los ganglios basales juegan un papel importante en diversas funciones, además del control del movimiento, la retroalimentación sensorial, atención, percepción visual y aprendizaje. Los hallazgos anatómicos confirman que dichos núcleos proyectan a diversas regiones corticales, en especial las áreas que nuevamente envían la información de regreso. (Rains, 2004)

Recientemente se ha propuesto que realizan funciones de control ejecutivo como la toma de decisiones, selección de movimientos, flexibilidad cognitiva y memoria de trabajo, las lesiones en los ganglios basales invariablemente resultan en cambios del funcionamiento prefrontal en virtud de la eliminación de un importante recurso aferente de información, mientras que el daño prefrontal produce dificultades similares en los ganglios basales por la pérdida de las entradas de información corticoestriales. (Brown, Schneider y Lidsky, 1999)

Las funciones más importantes son:

- **Función Motora**

Los estudios en animales incluyen la estimulación, separación y registro de unidad simple. Los efectos de la estimulación varían de acuerdo con la velocidad, intensidad y patrón de estimulación. Las anomalías comprenden movimientos circulares y de rotación de la cabeza en direcciones opuestas, flexión, contralateral de las extremidades, suspensión abrupta de la conducta motora, movimiento de chupeteo, masticación o deglución y modificación de los movimientos inducidos por la corteza cerebral. (Rains, 2004)

- **Función reguladora del procesamiento sensoriomotriz.**

De acuerdo con la hipótesis de la regulación, en sujetos normales, las aferencias dopaminérgicas (inhibitorias) y corticales sensoriomotrices (excitatorias) al estriado, están en equilibrio fisiológico, de esta manera, las eferencias inhibitorias del pálido regulan el acceso sensoriomotriz, por ejemplo en la enfermedad de Parkinson, la pérdida de dopamina (inhibitoria) permitirá la facilitación cortical para estimular con libertad las eferencias inhibitorias de los ganglios basales. Esto limita el acceso de la información sensorial al sistema motor y disminuye la actividad motora (hipocinesia). (Lawerence, Sahakian y Robbins, 2002)

- **Función Cognoscitiva**

Además de su participación en el control motor, los ganglios basales sirven a las funciones cognoscitivas. Las lesiones del circuito prefrontal dorsolateral resultan en deficiencias en pruebas que requieren memoria espacial. (Lawerence, Sahakian y Robbins, 2002)

Estudios recientes sugieren que los ganglios basales desempeñan una función en la memoria diferente de la mediada por el hipocampo y el diencéfalo. Por otro lado, las lesiones del circuito orbitofrontal lateral interfieren con la capacidad para realizar cambios apropiados en la conducta. Otras alteraciones Neuropsicológicas observadas en lesiones de estos núcleos pueden relacionarse, de manera esquemática con la afectación de cada uno de los tres grandes circuitos. Pueden provocar trastornos del control ejecutivo y de la programación de actos motores, un estado de irritabilidad-agitación-desinhibición o incluso, un estado de apatía-abulia. (Lawerence, Sahakian y Robbins, 2002)

Los trastornos cognitivos afectan a las funciones del control ejecutivo, independientemente de la localización de la lesión en el interior del núcleo caudado. Un síndrome frontal con apatía-abulia puede asociarse a lesiones bilaterales localizadas en el globo pálido. (Lawerence, Sahakian y Robbins, 2002)

Las lesiones en el circuito prefrontal ipsilateral en seres humanos se vincula con trastornos cognoscitivos en la esquizofrenia, corea de Huntington y enfermedad de Parkinson. Lesiones en el circuito orbitofrontal lateral se relaciona con conducta obsesivo-compulsiva. En la enfermedad de Huntington (en la que la lesión se encuentra en el núcleo caudado) pueden observarse manifestaciones que corresponden a la implicación de los tres circuitos cognoscitivo-emocionales frontosubcorticales. Así convergen algunos argumentos para relacionar los trastornos comportamentales de las lesiones de los núcleos grises centrales con una disfunción de los circuitos frontosubcorticales, tal como sugieren los estudios isotópicos cuando puntualizan un hipometabolismo prefrontal se asemeja al concepto de diasquisis. (Savage, 2004)

- Función emotiva y motivacional

El papel de los ganglios basales en la emoción y motivación no está bien definido como en las funciones motoras y cognoscitivas, se cree que el circuito límbico puede participar en los procesos emocionales y motivacionales. (Rains, 2004).

1.3 SÍNTOMAS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS

En la Enfermedad de Huntington, los trastornos cognitivos y psiquiátricos tienden a aparecer meses o años antes de los motores. Existen estudios que han analizado la posibilidad de detectar el déficit neuropsicológico cuando el paciente aún es presintomático, sin embargo es difícil realizar un diagnóstico apropiado solamente con pruebas psicológicas. (Encinosa, 2001); (Gadea, 1996)

La enfermedad produce alteración cognoscitiva, psiquiátrica y motora, de progresión muy lenta, durante un periodo de 15 a 20 años. El rasgo externo más asociado a la enfermedad es el movimiento exagerado de las extremidades y la aparición de muecas repentinas. Además, se hace progresivamente difícil el hablar y el tragar. En las etapas finales de la enfermedad, la duración de los movimientos se alarga, manteniendo los miembros en posiciones complicadas y dolorosas durante un tiempo que puede prolongarse hasta horas. (Revista Planeta Española, 2012)

No obstante, los trastornos psíquicos graves, que anteceden normalmente a los musculares, son los rasgos característicos de la enfermedad. Ésta puede desencadenar episodios depresivos reiterados con repercusiones negativas en el entorno de allegados. Las facultades cognitivas disminuyen, así como la memoria, y la capacidad de concentración empeora. La enfermedad termina en una demencia fuerte, que puede conllevar deseos de suicidio. (Revista Planeta Española, 2012)

El marco de los trastornos cognitivos y psiquiátricos es variable, y comprende desde sutiles modificaciones en la personalidad hasta trastornos psicóticos.

Encinosa (2001), Coello (1980) y Gadea (1996), coinciden en los siguientes signos:

- Depresión
- Irritabilidad
- Disminución de memoria
- Pérdida de Autocrítica
- Distractibilidad
- Cambios afectivos
- Ansiedad
- Apatía
- Agresividad
- Insomnio
- Alucinaciones

- Tendencia al Suicidio

La demencia es progresiva y termina siendo global en etapas avanzadas y está establecido que es de tipo subcortical. Este tipo está caracterizado por trastornos en el Sistema Activador Reticular Ascendente, que es el encargado de controlar los estados de despertamiento, alerta y atención y tiene un papel central en el reconocimiento selectivo. (Encinosa, 2001)

Estas funciones explican la distractibilidad, el insomnio y en cierta medida los problemas cognitivos. (Afifi, 2006)

Estudios en este tipo de demencias indican que el paciente muestra dificultad para iniciar el proceso de atención y se distrae con facilidad. Las respuestas pueden ser acertadas pero requieren una gran cantidad de tiempo para producirlas. (Coello, 1980)

Las manifestaciones físicas se caracterizan por hipercinesias coreicas. La corea es un trastorno del movimiento donde se observan sacudidas súbitas, rápidas, frecuentes e involuntarias, En el caso particular de Enfermedad de Huntington, los movimientos son arrítmicos, y desordenados en las extremidades y el tronco. (Afifi, 2006)

Afifi (2006), Encinosa (2001) y Rayuela (2003), mencionan los siguientes signos:

- Movimientos coreicos de los miembros
- Giros de Cabeza
- Protusión de lengua
- Gesticulación facial (muecas)
- Levantamiento de Hombros

Las anormalidades motoras menores incluyen:

- Inquietud
- Movimientos oculares
- Nistagmo (movimiento de los ojos)
- Hiperreflexia
- Disartria
- Disfagia
- Atetosis (trastornos del lenguaje)
- Movimientos rápidos y excesivos de los dedos

Las etapas pueden variar de una persona a otra, según la clasificación de la capacidad funcional total (Shoulson, 1981)

Se considera que los enfermos pasan por 5 etapas:

- Etapa I.- 0 a 8 años de inicio de la enfermedad, donde el paciente mantiene actividades primarias o secundarias teniendo un trabajo

remunerado o voluntario a tiempo parcial y mantiene un nivel de independencia requiriendo una ayuda mínima en actividades de la vida diaria.

- Etapa II.- 3 a 13 años de inicio de la enfermedad, El paciente generalmente es incapaz de trabajar pero requiere ayuda mínima en las funciones básicas: finanzas, trabajos domésticos, actividades diarias.
- Etapa III.- 5 a 16 años del inicio de la enfermedad, el paciente es completamente incapaz de mantener un empleo y necesita una mayor ayuda en asuntos financieros, responsabilidades domésticas y en la mayor parte de las actividades diarias.
- Etapa IV.- 9 a 21 años del inicio de la enfermedad, el paciente necesita una gran ayuda en la gestión de sus finanzas en las responsabilidades domésticas y en la mayoría de las actividades diarias.
- Etapa V.- 11 a 26 años del inicio de la enfermedad, el paciente necesita una gran ayuda en los asuntos financieros, en las responsabilidades domésticas y en todas las actividades de la vida diaria. Se necesita de los cuidados en tiempo total de personal especializado.

Existe una nueva versión en cuanto a las fases de la enfermedad de Huntington, López y Burguera (2010), mencionan que la evolución de la enfermedad se divide en tres fases o estadios, comprendiendo cada uno de ellos unos cinco años:

- *Estadio 1:* suele ser una etapa relativamente estable en cuanto a progresión. Puede presentarse con síntomas neurológicos o psiquiátricos. El corea suele ser el síntoma motor más importante sin llegar a causar discapacidad. La persona mantiene su actividad diaria y laboral. Pueden presentarse trastornos psiquiátricos o tendencia impulsiva o agresiva.
- *Estadio 2:* la discapacidad física empieza a ser importante: corea, inestabilidad... aumenta la dependencia para las actividades de la vida diaria y disminuye la capacidad decisoria y organizativa. La asociación de síntomas motores, cada vez más importantes, junto a la persistencia de los psiquiátricos, va haciendo cada vez mayor la carga física y psicológica para la familia.
- *Estadio 3:* el enfermo entra en una etapa de larga y completa dependencia de su familia y comienza a deteriorarse y reducirse el entorno social al que pertenece. Aparecen y persisten trastornos motores graves y generalizados, con una discapacidad física total. Presenta una total dependencia de sus cuidadores, en todos los aspectos.

1.4 EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia está estimada entre 5 y 10 personas afectadas por cada 100,000 habitantes, entre poblaciones de Europa Occidental y descendientes. Afecta a ambos sexos por igual y se encuentra en todos los grupos étnicos (Vásquez et. al. 2008, Hamilton, 2008)

Los grandes estudios epidemiológicos en Norteamérica aportaron cifras de prevalencia entre 4 y 8 casos por 100.000 habitantes. (López y Burguera, 2010)

Entre los estudios realizados en España destacan los siguientes:

- Calcedo Ordoñez en la provincia de Cádiz publicado en 1970, aporta una cifra de 1,7 casos por 100.000 habitantes.
- Ruiz y cols. En Salamanca aporta 8,5 casos por 100.000 habitantes.
- Burguera y cols., en Valencia publicaron en 1997 una prevalencia de 5,4 por 100.000 habitantes. (López y Burguera, 2010)
-

Un estudio publicado en Reino Unido, menciona una incidencia de 0.8 por 100.000 habitantes por año. (López y Burguera, 2010)

Parece una enfermedad menos frecuente en Japón, China, Finlandia y en personas de raza negra, por ej. En Japón se estima una cifra de 0.1 y 0.38 por cada 100.000 habitantes. (López y Burguera, 2010)

Se cree que en México existen alrededor de 8,000 personas con enfermedad de Huntington. Las estadísticas exactas son difíciles de obtener, no sólo porque en nuestro país no se cuenta con la infraestructura para llevar a cabo censos en este tipo de enfermedades, sino porque la enfermedad es difícil de diagnosticar y muchas personas optan por esconder a sus familiares con EH. Debido a que la enfermedad de Huntington es hereditaria y muchas veces se ha catalogado como una enfermedad mental, los familiares han negado su existencia a través de generaciones. (Instituto Nacional de Neurología, 2012)

En México existe La Asociación Mexicana para la Enfermedad de Huntington (AMEH), fundado en 1997 por Margaret D'Aiuto de Gallardo, que tiene como objetivo llevar a cabo la promoción de la salud y ayudar al bienestar biológica, psicológica y social de las personas con enfermedad de Huntington, así como sus familiares, realizan una labor maratónica al estructurar un plan de trabajo donde se le enseñe al paciente a vivir con calidad y dignidad a pesar del padecimiento, para lo cual funge como centro de día, donde al paciente canalizado se le ofrece un tratamiento multidisciplinario que consiste en servicio médico, psiquiátrico, estudio socioeconómico, ayuda económica y una serie de terapias como son: espiritual, yoga, ocupacional, de lenguaje, musical y física. Hoy en día tiene 345 pacientes registrados entre los desaparecidos y nuevos ingresos (180 activos); y la mayoría de ellos son y han sido atendidos directamente por sus familiares. (Amalia Cámara, Comunicación personal en la Asociación Mexicana para la Enfermedad de Huntington el 17 de abril de 2012).

1.5 DIAGNOSTICO

El diagnóstico clínico se basa en la presencia de una historia familiar positiva y la comprobación de la transmisión de la enfermedad en forma hereditaria. La instalación de una incapacidad motora progresiva, trastornos mentales y pruebas de neuroimagen. En algunos casos es posible detectar alteraciones sutiles a nivel cognitivo y motor, sin embargo, el diagnóstico definitivo solo se puede realizar mediante un examen genético. (Encinosa, 2001)

La Asociación Mexicana de la Enfermedad de Huntington manifiesta que “Para diagnosticar la Enfermedad de Huntington se necesitan varios elementos como son: historia clínica, examen molecular, estudios de laboratorio y gabinete, cuadro clínico, antecedentes de la enfermedad en la familia y diagnóstico diferencial específico”, los cuales se llevan a cabo en el Instituto Nacional de Neurología. (Amalia Cámara, Comunicación personal en Asociación Mexicana de la Enfermedad de Huntington el 17 de abril de 2012).

Cuando la investigación genealógica es positiva, el diagnóstico diferencial debe plantearse con:

Corea de Sydenham: es benigna, no hay atrofia del núcleo caudado y es causada por la fiebre reumática. Tiene evolución rápida.

Corea Vascular: se presenta a edades más tardías y no hay factor hereditario. No hay trastornos psiquiátricos acentuados. Tendencia a la mejoría espontánea.

Coreas Infecciosas: provocadas por sarampión, viruela, fiebre tifoidea. Tienen un inicio brusco y la evolución no es progresiva, frecuentemente localizada y con ausencia de alteraciones mentales.

Coreas Tumorales: No hay factor hereditario y trastornos mentales en las etapas iniciales. Su evolución es rápida y localizada.

Enfermedad de Wilson: Se presenta a edades más tempranas, no hay demencia, presencia de trastornos hepáticos.

Síndromes Coreicos secundarios a lesiones: Resultado de traumas o ingestión de fármacos, hipertiroidismo, infartos o encefalitis. (Encinosa, 2001).

No es fácil aceptar que se haya heredado una enfermedad tan complicada como lo es el Huntington, sobre todo cuando se presencié el proceso de dicha enfermedad en algún familiar cercano, y se tenga el temor de que la historia se repita, esta incertidumbre y confusión pueden desencadenar algún grado de depresión.

CAPITULO II. DEPRESIÓN

2.1 ANTECEDENTES.

La historia conceptual de la depresión fue formulada por primera vez por Hipócrates (460-370 a.C.), y se remonta a un cuarto de siglo en la época grecorromana con el nombre *de melancolía*, aunque en realidad el concepto que maneja Hipócrates no es específico, él abarca más que nada más ampliamente, casi nosológicamente las enfermedades mentales. Hipócrates rechaza las tres formas fundamentales de la locura que son: la melancolía, el frenesí y la manía. (Calderón, 1990).

En si la melancolía se caracteriza por Hipócrates como “por aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia”, como podemos darnos cuenta Hipócrates subraya la sintomatología más específicamente como “somática”, sin embargo algunos médicos sugieren que tanto el miedo como la tristeza, sea o no depresivos, cuando se prolongan por mucho tiempo “pueden transformarse en melancolía”. (Calderón, 1990).

El término “melancolía” (palabra derivada del griego melas, *negro* y chole *bilis*), se usó para designar a los pacientes que con frecuencia vomitaban bilis negra a causa de su irritabilidad y ansiedad. Al menos éste es el significado que se desprende del análisis del texto en que lo empleo Cicerón. Inicialmente, su uso no designó una relación casual entre bilis negra (causa) y depresión (efecto), tal y como observamos esta afirmación no se aproximan a la sicopatología de las depresiones, tal y como ahora la conocemos y mucho menos llega a implicar una definición tal de la depresión. En realidad estos síntomas consisten en ansiedad, silencio, rechazo, y hostilidad hacia la propia familia; en ocasiones deseos de vivir y otras de morir. (Calderón, 1990).

2.2 DEFINICIÓN

Es una enfermedad caracterizada por un estado de ánimo triste, con pérdida de interés o capacidad para sentir placer que antes lo producían, pérdida de confianza en sí mismo y un sentimiento de inutilidad (DSM-IV-TR, 2002).

La depresión se refiere tanto a un síntoma, como a un grupo de enfermedades que tiene ciertos rasgos en común. Como síntoma describe un tono afectivo de tristeza acompañada de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. La persona deprimida, siente que su seguridad está amenazada, que es incapaz de resolver sus problemas y que otros no pueden ayudarle. Todas las facetas de la vida, emocionales, cognitivas, fisiológicas y sociales, podrán estar afectadas (Mackinnon, 1988).

Beck y cols., (1979) definen la depresión como un estado normal del organismo que se manifiesta a través de señales y síntomas como estado de ánimo subjetivo

bajo, actitudes pesimistas y nihilistas, una pérdida de la espontaneidad y señales vegetativas específicas.

El término depresión también se utiliza para referirse a sentimientos normales que se experimentan después de una pérdida significativa ya sea por muerte, por el rompimiento de una relación o, por el fracaso para lograr un objetivo importante (Saranson & Saranson 1996).

Como se puede ver la depresión puede ser la respuesta transitoria a muchas situaciones y factores de estrés, también puede ser una reacción a un suceso perturbador como la muerte de un amigo o pariente, la ruptura de una relación, el fracaso escolar o profesional, el estrés psicológico ante una situación impactante como puede ser un accidente o la enfermedad terminal o degenerativa de sí mismo o un familiar. (Coon, 1999).

Síntomas:

Ante esta situación los síntomas de la depresión incluyen sentimientos de desaliento, impotencia y desesperación. También es común una disminución en la actividad y la agresión, una pérdida de la pulsión sexual y el apetito. Las creencias positivas como el optimismo, la esperanza y un sentido de significación y control se relacionan íntimamente con el bienestar personal (Coon, 1999).

El DSM-IV-TR, (2002) enumera los siguientes síntomas:

- Estado de ánimo depresivo o irritable
- Mal genio, agitación
- Pérdida del interés en las actividades, apatía
- Disminución del placer por las actividades diarias.
- Incapacidad de disfrutar de actividades que solían ser placenteras.
- Cambios en el apetito, (pérdida o aumento).
- Cambios de peso (aumento de peso o pérdida de peso involuntaria).
- Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido (insomnio).
- Somnolencia diurna excesiva.
- Fatiga.
- Dificultades para concentrarse.
- Dificultad para tomar decisiones.
- Episodios de pérdida de la memoria (amnesia).
- Preocupación por sí mismo.
- Sentimiento de minusvalía, tristeza o desprecio hacia sí mismo.
- Sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados.
- Comportamiento inadecuado (incumplimiento de toques de queda, actitud desafiante poco común).
- Pensamientos sobre suicidio, miedos o preocupaciones obsesivos sobre la muerte.

- Planes para cometer suicidio o intentos reales de suicidio.
- Patrón de comportamiento exageradamente irresponsable.

2.3 ETIOLOGÍA

Las causas de la depresión son complejas y solo parcialmente comprendidas. Hoy en día se acepta que la depresión es causada por una combinación de factores biológicos, sociales y psicológicos (Guerra, 2012).

Factores biológicos

Guerra (2012) declara que la causa exacta de la depresión sigue sin aclararse, la explicación más probable y sobre la cual se basa el tratamiento con antidepresivos, es que es una falta de equilibrio de ciertos neurotransmisores del cerebro como son:

- *La serotonina* que en algunos pacientes con casos de depresión y ansiedad se ve disminuido en el líquido cefalorraquídeo, lo cual se relaciona con la posibilidad de suicidio, a más bajo nivel hay mayor probabilidad y habitualmente cuando se consuman los suicidios, éstos son con mucha autoagresividad, por ej. Con mutilación o desgarramiento más amplio de tejidos. La serotonina se ha involucrado en la regulación del apetito y de la sexualidad, dos de las funciones que ciertamente se encuentran alteradas en el enfermo deprimido (Salin, 2005).
- *La Noradrenalina*, se tiene conocimiento que los niveles cerebrales de la misma están disminuidos. Esta baja se correlaciona con signos de la depresión específicos, como son la baja en el nivel de energía, en el interés para hacer sus actividades habituales y aun para divertirse (Salin, 2005).
- *La dopamina*, este neurotransmisor participa en la regulación del movimiento fino y en los aspectos que tienen que ver con la experiencia para experimentar placer. Todas las actividades y las drogas que son adictivas o fuentes de placer aumentan la disponibilidad de dopamina en el sistema límbico. En la depresión la disminución de esta actividad hace que el paciente tenga dificultades para disfrutar las cosas o actividades que antes solían gustarle, a esta situación se le conoce con el nombre de anhedonia y es lo opuesto al hedonismo o capacidad para disfrutar las cosas placenteras de la vida. (Salin, 2005).
- *La Acetilcolina* también está involucrado en algunas manifestaciones de la depresión, como es la alteración del sueño (Salin, 2005).

Factores sociales

La depresión no solo constituye un problema médico, sino que paralelamente forma parte de un fenómeno social (Hernández, 2012).

Se sabe gracias a los estudios etiológicos realizados por Calderón (1998), que los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie.

Se conoce que la separación matrimonial, el *status* de divorciado, la pertenencia a clases inferiores, la inadecuada situación socioeconómica, la inestabilidad laboral, el vivir aislado del centro urbano, las dificultades en el ámbito laboral o familiar, constituyen causas sociales para la aparición del trastorno. (Infante, González, Ramos, Marino, 2000).

Hoy en día la velocidad, la magnitud y ritmo de los cambios sociales en una forma como tal vez nunca haya sido experimentada por la humanidad, torna más compleja una correcta adecuación a éstos; la expansión de la educación, de los medios de comunicación e información y el avance tecnológico en general han posibilitado el acceso a diferentes medios y métodos los cuales todavía no hemos logrado integrar y a interactuar con ellos de manera adecuada. Por lo cual nos vemos expuestos a una sensación de fracaso frente a un ideal de la modernidad donde en oportunidades lo actual ya es obsoleto al poco tiempo de existente. (Rojtenberg, 2001).

Existen otro tipo de influencias sociales que al no ser alcanzadas conllevan a la depresión como es la profunda preocupación por las apariencias, el deseo se trunca en un buen cuerpo, bronceado, pocos años, mucho dinero, gustos caros, si a esto le agregamos la angustia al desamparo, la poca expectativa de progreso que se crea en situaciones sociales de emergencia. Cuando no se cuenta con los medios o instrumentos para elaborar un proyecto de vida, de acuerdo a las expectativas, se puede llegar a la depresión. (Rojtenberg, 2001).

Para los seres humanos los vínculos afectivos son muy importantes y cuando se percibe destrucción de éstos puede desencadenar depresión, existen 2 vínculos:

- De *entrada*.- Son consideradas como el ingreso de una persona al espacio vital o interpersonal del individuo cuando se siente invadido el lugar donde se relaciona,
- De *salidas*.- Cuando existe un deceso, una separación o divorcio, la incorporación de un hijo al ejército, etc. (Calderón, 1998).

Esto es que ciertos tipos de situación cotidiana están estrechamente relacionados con la enfermedad depresiva.

Factores psicológicos

Éstos van de la mano con los factores sociales, referidos al entorno y la capacidad del individuo para responder a las demandas del mismo, es decir que no se consideran como algo excluyente sino que suelen actuar de forma integrada, pudiendo prevalecer más uno u otro tipo según el individuo y el tipo de trastorno depresivo. (Guerra, 2012).

Se implica a las circunstancias externas potencialmente productoras de estrés (los llamados acontecimientos vitales) como factores precipitantes de los trastornos afectivos. Estos acontecimientos vitales, al recaer sobre un individuo que ya tiene una vulnerabilidad de base, desencadenarían el inicio de una depresión. (Guerra, 2012).

Los acontecimientos vitales más potentes para precipitar una depresión serían aquellos no deseados, no controlables, inesperados, y que suponen una amenaza o peligro importante para el sujeto, entre ellos, los acontecimientos que suponen una pérdida para el individuo (muerte del cónyuge o un familiar próximo, divorcio o separación, jubilación o pérdida de empleo, abandono del hogar por parte de algún miembro de la familia) son los más claramente asociados al inicio de un trastorno depresivo. También se han de considerar los problemas de salud física por suponer igualmente una pérdida. Sin embargo, se ven muchos sujetos con trastornos afectivos en cuyos antecedentes no se detectan acontecimientos desfavorables y también se ven personas que padecen dificultades y pérdidas considerables sin que manifiesten síntomas de enfermedad. Existen también situaciones estresantes crónicas que requieren un gran esfuerzo del individuo para afrontarlas, y también podrían relacionarse con el inicio de la depresión, Los cuales se mencionaron como vínculos en el apartado anterior. (Guerra, 2012)

En este aspecto psicológico se pueden citar causas determinantes y causas desencadenantes; dentro de las primeras se encuentra la mala integración de la personalidad en la etapa formativa, mientras que en las segundas se encuentran la pérdida de un ser querido, pérdida de una situación económica, pérdida de poder y pérdida de salud. (Guerra, 2012)

Todos los signos y síntomas del trastorno depresivo pueden considerarse según Beck y cols. (1979) como una consecuencia de estos patrones cognitivos negativos.

Para Beck (1979) lo más característico del trastorno depresivo es lo que denomina la triada cognitiva:

- *Visión negativa sobre uno mismo.*- el paciente se percibe a sí mismo como infeliz o un desgraciado, experimentando sentimientos de culpa y de auto-reproche con respecto a las situaciones desagradables por las que ha pasado
- *Visión negativa de su entorno.*- vive sus experiencias como negativas, amenazadoras y frustrantes e interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o de frustración
- *Visión negativa acerca de su futuro.*- no cree que las dificultades a las que se enfrenta sean momentáneas, sino que está convencido de que nada bueno puede ocurrir en el futuro.

Los pensamientos negativos en estas tres escalas están siempre presentes.

Existen esquemas disfuncionales negativos los cuales en un proceso depresivo tienden a distorsionar la información y a clasificarla en cogniciones negativas. Estos esquemas permanecen pasivos en periodos no depresivos y se activan en procesos depresivos. Beck y cols. (1979) agregan que a medida que la condición clínica empeora, los esquemas facilitan una mayor deformación de la realidad, aumentando los pensamientos negativos en frecuencia e intensidad, hasta que se convierten en características permanentes del funcionamiento de la persona afectada.

Las personas depresivas suelen tener tantos errores en el procesamiento de la información los cuales ayudan al mantenimiento de cogniciones negativas a pesar de la existencia de evidencias contrarias (Beck y cols. 1979).

2.4 EPIDEMIOLOGIA

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Hace casi una década el estudio de la carga global resalta la importancia de los trastornos mentales como un problema prioritario de salud pública mundial (Murray y López 1997).

Estadísticamente, la tasa de prevalencia de la depresión, es decir, el número de individuos que tienen esta enfermedad, varía del 3% al 6% de la población general, según las regiones. El riesgo de morbilidad, la posibilidad de enfermarse durante su vida es del 20%. Esto implica que de cada cinco personas que nacen, una padecerá depresión al menos una vez en su vida y de estas el 70% de los casos tendrá más de un episodio. (Rojtenberg, 2001).

Todos los estudios epidemiológicos muestran que los trastornos depresivos son dos veces más frecuentes en las mujeres, con una prevalencia a lo largo de su vida del 21.3% frente al 12.7% de los hombres. Su incidencia se sitúa en 247/100.000 habitantes en las mujeres y 82/100.000 habitantes en hombres. Se estima un riesgo de enfermar del 73% en la mujer frente a un 43% en el hombre. (Leal, 2000)

Ángeles Cruz Martínez (2008), publicó: "En México entre las enfermedades mentales, la depresión y esquizofrenia se ubican entre las más importantes por sus efectos en la calidad de vida de las personas. La primera afecta a 10 por ciento de la población y sólo en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se atienden cada año a 10 mil 500 personas que han intentado suicidarse".

La Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes identificó que 7.2% de los jóvenes de la Ciudad de México, que tienen entre 12 y 17 años, sufrieron un trastorno depresivo en el último año. Con prácticamente la mitad de los casos (54.7%) calificados como «graves». El estudio de la Organización Mundial de la Salud, comparativo entre países, encontró que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que las de los hombres, y que la asociación entre depresión y sexo no varía entre países de acuerdo con el ingreso. El grupo femenino más joven mostro menores puntajes de tradicionalidad en cuanto a roles

de género y las nuevas generaciones tuvieron menor riesgo de depresión. (Wagner, 2012)

Un estudio internacional encontró que en la mayoría de los países, entre 40 y 55% de las personas que alguna vez tuvieron algún trastorno depresivo presentaron uno en el último año, y que entre 45% y 65% de quienes tuvieron un trastorno depresivo en el último año sufrieron el padecimiento en el último mes. Así las cosas, se puede estimar que entre 16 y 36% de las personas que alguna vez tuvieron un trastorno depresivo lo cursaron en el último mes. (Wagner, 2012)

La Encuesta Mundial de Salud Mental determinó que, en el caso específico de México, las personas que padecieron algún trastorno de salud mental en el último año perdieron en promedio 27 días productivos si el trastorno fue grave y alrededor de siete si la gravedad fue moderada. (Wagner, 2012).

Actualmente en el mundo, viven con depresión 121 millones de personas, de éstas menos del 25% reciben tratamiento; de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) en el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo. (SALME, 2012)

Benjet, Borges, Medina, Fleiz y Zambrano (2004), refieren que la depresión unipolar se destaca por ocupar el cuarto lugar mundial en la carga de la enfermedad y que estiman que para el año 2020 ocupara el segundo lugar y el primero en países en desarrollo.

2.5 DIFERENCIA DE GÉNERO EN LA DEPRESION

La depresión es más común en mujeres que en hombres, hay factores biológicos, de ciclo de vida, hormonales, y psicosociales que son únicos de la mujer, que pueden ser relacionados con que las tasas de depresión sean más elevadas entre las mujeres. Investigadores han demostrado que las hormonas afectan directamente las sustancias químicas del cerebro que regulan las emociones y los estados de ánimo. Por ejemplo, las mujeres son particularmente vulnerables a la depresión luego de dar a luz, cuando los cambios hormonales y físicos junto con la nueva responsabilidad por el recién nacido, pueden resultar muy pesados. Muchas mujeres que acaban de dar a luz padecen un episodio breve de tristeza transitoria, pero algunas sufren de depresión posparto, una enfermedad mucho más grave que requiere un tratamiento activo y apoyo emocional para la nueva madre. Algunos estudios sugieren que las mujeres que padecen depresión posparto, a menudo han padecido previos episodios de depresión. (NIMH, 2012)

Algunas mujeres también pueden ser susceptibles a sufrir una forma grave del síndrome premenstrual, a veces llamado trastorno disfórico premenstrual. Esta es una enfermedad producida por cambios hormonales que ocurren cerca del periodo de la ovulación y antes de que comience la menstruación. Durante la transición a la menopausia, algunas mujeres experimentan un mayor riesgo de sufrir depresión. Científicos están explorando la forma en la que la elevación y la disminución cíclicas del estrógeno y de otras hormonas pueden afectar la química

del cerebro que está relacionada con la enfermedad depresiva. (Rubinow, Schmidt y Roca, 1998).

Las mujeres pueden experimentar más estrés por que se espera que ofrezcan apoyo a otras personas que están estresadas. La edad también es un factor de riesgo. Las mujeres se someten a un riesgo particular durante los primeros años de la edad adulta (20-29 años), en tanto que para los hombres el riesgo es mayor en la edad intermedia (40-49 años) (Saranson & Saranson, 1996).

Finalmente, muchas mujeres enfrentan el estrés adicional del trabajo y de las responsabilidades del hogar, cuidado de los hijos y padres ancianos, maltrato, pobreza, y tensiones de las relaciones. Aún no está claro por qué algunas mujeres que enfrentan desafíos inmensos padecen de depresión, mientras que otras con desafíos similares no la padecen. (NIMH, 2012)

Los hombres experimentan la depresión de manera distinta que las mujeres y pueden enfrentar los síntomas de diferentes modos. Los hombres tienden más a reconocer que sienten fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en las actividades que antes resultaban placenteras, y que tienen el sueño alterado, mientras que las mujeres tienden más a admitir sentimientos de tristeza, inutilidad, o culpa excesiva. (Pollack, 1998)

Los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de acudir al alcohol o a las drogas cuando están deprimidos, frustrados, desalentados, irritados, enojados, o a veces abusivos. Algunos hombres se envician al trabajo para evitar hablar acerca de su depresión con la familia o amigos o comienzan a mostrar un comportamiento imprudente o riesgoso. Y aunque en los Estados Unidos, son más las mujeres que intentan suicidarse, son más los hombres que mueren por suicidio. (Kochanek, 2002).

En las familias de individuos con esta personalidad hay más depresiones mayores que en la población en general. Asimismo en los familiares que padecen depresiones mayores se observa un número mayor de ellos con rasgos depresivos que la normalidad. Estos hallazgos llevan a pensar en el espectro de la personalidad depresiva y los distintos trastornos del humor. La frecuencia parece similar en el varón y la mujer (Gradillas, 2002).

Los estudios del trastorno depresivo mayor han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece el trastorno. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25 % para las mujeres y entre el 5 y el 12 % para los varones. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos en muestras de población general ha variado entre el 5 y el 9 % para las mujeres y entre el 2 y el 3 % para los varones. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil. (Marietan, 2012)

Leal (2000) menciona que en la mujer y en el hombre la depresión aparece como respuesta a la pérdida. Mientras que los hombres se deprimen a consecuencia de pérdida de objetivos, las mujeres lo hacen en relación con problemas de pérdida de relaciones interpersonales. Esto es que las mujeres experimentan mayor estrés derivado de las relaciones y problemas interpersonales, en comparación a los hombres, cuyas fuentes de estrés suelen proceder de situaciones laborales y problemas económicos. La mayoría de los estudios subrayan el grado en que la mujer está involucrada en la vida de otros, como uno de los principales contribuyentes a la asociación género-alteración emocional.

El trastorno depresivo mayor, es frecuente, incapacitante y ocurre tanto en mujeres como en varones, pero la tasa de incidencia en la mujer es casi el doble que en el hombre. Tiene una prevalencia-vida estimada de 15%, que en las mujeres puede alcanzar el 25%. En EE.UU. se han realizado estudios que demuestran que cada año aproximadamente 19 millones de personas, o sea, uno de cada diez adultos, sufren de depresión. Casi un 60% de esas personas no obtienen la ayuda que necesita. Con tratamiento, se alivian los síntomas en más de un 80% de los casos. Sin embargo, como a menudo pasa desapercibida, la depresión sigue siendo una causa importante de sufrimiento. (Marietan, 2012).

2.6 ESCALA DE DEPRESION DE BECK

A principios de los años 60's, Aarón T. Beck dio a conocer un inventario para medir la depresión, el cual fue utilizado en el Centro de Terapia Cognitiva en la Escuela de Medicina de la Universidad de Pensilvania; elaborado originalmente para ser administrado por un entrevistador y se utilizaba con una doble copia, una que se entregaba al enfermo y la otra se leía en voz alta por la persona que aplicaba la prueba. Después de enunciar las declaraciones que correspondían a cada reactivo, se pedía al entrevistado que indicara "cuál de éstas lo definía mejor y como se sentía en ese instante". En ningún momento debería sugerirse la respuesta, y si el paciente indicaba que había dos o más afirmaciones que correspondieran a su sentir, debía registrarse el número más alto. El puntaje de depresión es la suma de las respuestas. (Méndez, 1995)

Méndez (1995) menciona que las actitudes y síntomas valuados en la escala son:

- Estado de ánimo
- Pesimismo
- Sentimiento de fracaso
- Insatisfacción personal
- Culpa
- Castigo
- Auto disgusto
- Autoacusación
- Ideas suicidas
- Llanto

- Irritabilidad
- Desinterés social
- Indecisión
- Cambio de imagen corporal
- Dificultad laboral
- Insomnio
- Fatiga
- Pérdida de apetito
- Pérdida de peso
- Preocupación somática
- Pérdida de la libido.

El instrumento está diseñado con un vocabulario que puede ser comprendido por personas con un nivel de escolaridad mínimo de quinto grado de primaria. Debe ser administrado en un lugar con suficiente iluminación y aire y sin distractores. Su duración no debe pasar de 15 minutos. Su aplicación también puede ser oral. (Méndez, 1995).

El paciente debe seleccionar, para cada ítem, 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. (Jurado y cols., 1998).

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/ severidad son los siguientes:

- 0-10.....Estado normal
- 11-16.....Leve perturbación del estado de ánimo
- 17-20.....Estados de depresión intermitentes.
- 21-30.....Depresión moderada.
- 31-40.....Depresión grave.
- + 40.....Depresión extrema.

Las personas estamos propensas a sufrir alteraciones en la salud, tanto física como mentalmente y en algunas ocasiones éstos padecimientos requieren del apoyo y atención de terceros, cuando el padecimiento es demencial, el rol de la persona que atiende se vuelve demandante, requiriendo necesariamente de un cuidador.

CAPITULO III. CUIDADOR DEL ENFERMO DE HUNTINGTON

Debido a que la enfermedad de Huntington es progresiva e incapacitante, invariablemente con el paso del tiempo, la persona que la padece va a requerir de un cuidador.

3.1 DEFINICIÓN

Algunas definiciones de “CUIDADOR”

Cuidador, ra. (*Diccionario de la Real Academia Española*)

1. *Adj.* Que cuida. *U.t.c.s.*
2. *Adj.* Muy solícito y cuidadoso.
3. *Adj. Ant.* Muy pensativo, metido en sí.

Se entiende que el cuidador es aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales. (Rodríguez, 2005)

El término ‘cuidador’ se utiliza para describir a alguien que cuida o presta ayuda a alguien que está enfermo, adulto mayor o que está discapacitado. Normalmente se trata de un familiar cercano, un amigo o un vecino. (Rodríguez, 2005)

Algunas personas prefieren que se les considere únicamente como un cónyuge, un hijo o una hija, u otro familiar y no les gusta que les llamen cuidadores. Sin embargo, este término le funciona a algunas personas y es ampliamente utilizado por los profesionales. Puede ayudar a separar el trabajo práctico del cuidado, de la relación con la persona a la que se cuida. (Torres, Beltrán, Martínez, Saldívar, Quesada, Cruz, 2012)

Aunque el cuidador no pertenece al mundo sanitario ni se ha formado como tal, es el responsable del cuidado del enfermo dependiente en el domicilio, convirtiéndose en una labor fundamental en nuestra sociedad y que no está exenta de riesgos. (Arboix, 2012)

Resumiendo se le llama “cuidador” a la persona que se hace cargo de proveer atención y asistencia a un enfermo. (Torres y cols., 2012)

3.2 TIPOS DE CUIDADOR

Dentro de los cuidadores se pueden distinguir dos categorías: los cuidadores primarios o informales y los secundarios o formales. El cuidador primario (informal) es aquel que guarda una relación directa con el paciente o enfermo, como el cónyuge, los hijos, los hermanos o los padres. (Torres y cols., 2012)

Aznar (2004) comenta que el cuidador informal; es el que asume la responsabilidad absoluta del enfermo en todo lo que respecta a su atención básica.

Sus características son las siguientes:

- No dispone de una capacitación específica.
- No recibe ninguna remuneración económica por la labor realizada

Así, el cuidador informal podría ser caracterizado como los que satisfacen las necesidades no cubiertas por el sistema formal de cuidados. En consecuencia, podría considerarse, tomando la definición anterior, como el apoyo prestado a personas con algún tipo de necesidad por parte de sus familiares, amigos, vecinos, o cualquier otra persona que no sea remunerada ni dependiente a la prestación de servicios formales en lo referente a la asistencia sanitaria. (Colina, 2012)

En diversos estudios sobre los cuidadores y sus condiciones se ha señalado que casi todos ellos son generalmente familiares directos, esto es, cuidadores primarios o informales, y muy pocos cuidadores secundarios o formales. (Torres y cols., 2012)

Según Colina (2012), el cuidador secundario o formal sería la persona involucrada directamente en realizar la prestación de servicios, es decir, los médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales, radiólogos, bioanalistas, fisioterapeutas, etc. Dentro de las características que denotan sus actividades laborales en el ámbito asistencial destacan los siguientes:

- Son personas calificadas y certificadas para tal fin desde el punto de vista de la educación formal.
- Reciben una remuneración.
- Obedecen a una planificación sanitaria o de servicios sociales.
- Tienen responsabilidad civil por sus actos profesionales.
- Generalmente están asociados a colegios, gremios, sindicatos, asociaciones profesionales, etc.
- Realizar el cuidado en un margen de horario pactado
- Grado de compromiso más o menos elevado en función del grado de profesionalismo y motivaciones personales. (Colina, 2012)

Montgomery y Kilosky (1994), mencionan que un miembro de la familia adopta el rol de cuidador principal de una persona discapacitada, mientras que otros miembros o amigos de ésta pueden ser los cuidadores secundarios.

Aspectos diferenciales que determinan la situación de cuidado

Marco, (2012) en el documento de calidad de vida del cuidador del hemipléjico vascular menciona aspectos diferenciales del cuidador, lo que es importante enumerar.

Los cuidadores se diferencian unos de otros en función de múltiples características que hacen que cada situación de cuidado sea única y distinta a los demás. Los aspectos más relevantes en los que difieren los cuidadores y por tanto sus experiencias de cuidado son:

- Relación de parentesco con la persona a la que se cuida.
 - El cuidador cónyuge: cuando uno de los miembros de la pareja sufre un deterioro de la salud y necesita ayuda, el cuidador principal suele ser el miembro de la pareja con mejor salud, algunos rasgos comunes a esta situación son:
 - ⇒ la nueva situación que supone cuidar a la pareja puede resultar difícil y exige una constante adaptación.
 - ⇒ El hecho de que un miembro de la pareja proporcione la ayuda y el otro la reciba, puede provocar tensiones al pasar a tener una relación menos recíproca que anteriormente.
 - ⇒ Es más fácil aceptar ayuda del marido o de la esposa, que la ayuda de otros familiares, vecinos o instituciones, dado que en muchos casos se considera una obligación transmitida de generación en generación, así como una muestra de afecto por los años de convivencia juntos.
 - ⇒ Los maridos cuidadores reciben más ayuda de otros familiares y de las instituciones que las mujeres cuidadoras. (Marco, 2012; Biurrun 2001).
 - Las hijas o hijos como cuidadores: cuando el cuidador es el hijo o hija existe un vínculo natural que favorece la disposición de cuidado. Muy a menudo, representa un fuerte impacto emocional para los hijos darse cuenta que el padre, la madre o ambos ya no pueden valerse por sí mismos, cuando venían haciéndolo hasta hacia poco. Este impacto también se ve afectado por la inversión de roles, ya que el papel de cuidador que se asigna al hecho de ser padre o madre deja paso al papel de persona que necesita ser cuidada y viceversa, el papel del hijo como alguien que es cuidado es sustituido por el papel de cuidador. Además a los hijos les resulta muy difícil aceptar la situación de cuidar a sus padres ya que normalmente implica algo imprevisto que puede impedirles realizar actividades que pensaban llevar a cabo en un futuro inmediato. Los rasgos más frecuentemente observados en esta situación son:
 - ⇒ Las hijas solteras, la hija favorita, la que tiene menos carga familiar o de trabajo, la que vive más cerca, la única mujer entre los hermanos o el hijo favorito suelen ser las personas sobre las que recae la responsabilidad del cuidado de sus padres.

- ⇒ A medida que empieza a presentarse la necesidad de proporcionar cuidados al familiar, va perfilándose un cuidador principal que normalmente suele responder a las circunstancias de cada familia, sin necesidad de que haya sido elegido por acuerdo explícito entre los componentes de la familia.
- ⇒ A menudo, al asumir el cuidado de un familiar, se piensa que va a ser una situación temporal, y en muchas ocasiones, acaba siendo una situación que dura varios años con una creciente demanda de cuidados.
- ⇒ Gran parte de los cuidadores hijos no trabajan ni pueden pensar en buscar trabajo. Otros se ven obligados a reducir su jornada laboral. En los casos más extremos, tienen que abandonar el trabajo por su situación de cuidador.
- ⇒ Los hijos o hijas cuidadores deben atender también necesidades de su familia (cónyuge e hijos), así como sus propias necesidades. (Marco, 2012; Biurrun 2001).

- ⇒ Cabe remarcar que en ocasiones no existe un afecto entre padres e hijos, bien porque no haya existido una buena relación previa, o simplemente porque tal relación no haya existido (como es el caso de los hijos criados por otros familiares). Un caso especial es de las nueras cuidadoras, ya que aunque haya existido una relación previa entre paciente y cuidador, ésta no ha sido tan prolongada en el tiempo como en el caso de los hijos. En todos estos casos, un tiempo breve de contacto previo entre cuidador y persona cuidada puede ser un factor que lleve al cuidador a experimentar consecuencias más negativas. (Marco, 2012).

- Motivos por los que se cuida a una persona dependiente
 - La mayoría de las personas que cuidan a sus familiares están de acuerdo en que se trata de un deber moral que no debe ser eludido y que existe una responsabilidad social y familiar, una norma social que debe ser respetada, sin embargo, no es ésta la única razón que puede llevar a una persona a cuidar a sus familiares. Otros motivos que señalan los cuidadores para prestar cuidados son:
 - ⇒ Por motivación altruista, es decir para mantener bienestar de la persona cuidada, porque se entiende y comparten necesidades. El cuidador se pone en el lugar del otro y siente sus necesidades, intereses, emociones.
 - ⇒ Por reciprocidad ya que antes la persona cuidada desempeñó un rol de cuidador.
 - ⇒ Por la gratitud y estima que les muestra la persona cuidada.
 - ⇒ Por sentimientos de culpa del pasado. Algunos cuidadores consideran el cuidado como una forma de redimirse o de superar sentimientos de culpa creados por situaciones pasadas.
 - ⇒ Para evitar la censura de la familia, amigos o conocidos.

- ⇒ Para obtener la aprobación social de la familia, amigos, conocidos y de la sociedad en general por prestar cuidados. (Marco, 2012; Biurrun 2001; Colina, 2012).

Todas las anteriores son razones para cuidar a un familiar. Parece lógico suponer que el mayor peso de una u otra razón influirán en la calidad, cantidad y tipo de ayuda que se proporciona, así como en el grado de satisfacción que se obtiene con la experiencia de cuidar.

- Otras fuentes de diferencias

- ⇒ La situación de cuidado varia con el tiempo: hay que tomar en cuenta que la experiencia de cuidar no siempre es igual, sino que varía influida por características tanto de la persona cuidada (por ejemplo en las demencias) como de la persona que cuida (cambios laborales, vitales, etc.)
- ⇒ La experiencia de cuidado varía en función de la causa y el grado de dependencia del paciente: la cantidad y el tipo de ayuda varían según el grado de dependencia, ya que, como es evidente, no supone lo mismo dedicar un poco de tiempo al día para acompañar al paciente a realizar recados porque no puede caminar bien, que estar todo el día proporcionándole cuidados de manera constante. Cuanto mayor sea el grado de dependencia, mayor será también la cantidad de tiempo y de esfuerzo que tendrá que dedicar el cuidador a la tarea de cuidar. Por otro lado, las experiencias de cuidado varían también en función del tipo de causa que haya determinado la dependencia de la persona cuidada. La experiencia de cuidado de una persona que cuida a otra, porque tiene problemas de movilidad debidos a un padecimiento es diferente a la de otra que cuida a un enfermo de Alzheimer. (Marco, 2012)

3.3 ASPECTOS EMOCIONALES

En el estudio de las condiciones de vida del cuidador, y particularmente de los sentimientos de carga del cuidador, debe observarse con detenimiento la tarea que realizan. La tarea de cuidar a un enfermo comprende a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y socio familiar, los que componen un auténtico síndrome que es necesario conocer y diagnosticar tempranamente para prevenir su agravamiento. De igual manera, hay otros factores que pueden influir en la salud del cuidador y que pueden afectarlo; entre otros, habrán de considerarse su edad, género, parentesco, tiempo de dedicación y otras cargas familiares. (Torres y cols., 2012)

La situación del cuidador implica restricciones en su vida social, en su estado de salud y además perturba su equilibrio personal y familiar, ya que se daña gravemente la relación intrafamiliar y hace que el cuidador experimente una profunda sensación de soledad. Se puede manifestar como:

- Síntomas depresivos

- Cambios de humor, agresiones verbales y expresiones de crueldad.
- Síntomas físicos como molestias abdominales, mareos, síntomas cardiovasculares y respiratorios.
- Consumo de alcohol o drogas. (Marco, 2012)

Según Llibre (2002), los cuidadores pueden ser familiares o particulares cuya vinculación con los pacientes puede generarles deterioro personal y emocional, lo que los convierte en pacientes ocultos, incluso llegan a presentar una serie de síntomas a los que se les ha denominado como *síndrome, carga o estrés del cuidador*, caracterizados por ser un cuadro plurisintomático que afecta todas las esferas de la persona y repercute negativamente en su vida tanto objetiva como subjetivamente.

Esto es que los cuidadores de pacientes con demencia están sometidos a esfuerzos físicos y psíquicos que pueden generar diversas consecuencias como somatizaciones, cefaleas, agotamiento, descuido de la imagen personal y abandono ocupacional (Muñoz, 1999).

Sin embargo suelen ser más frecuentes las afecciones psíquicas que se manifiestan en forma de síntomas nerviosos (Fraga, 2006), depresión y distanciamiento emocional con el paciente, lo que conduce al empeoramiento de la calidad de vida del cuidador afectando su relación social, amistad, intimidad y la libertad misma (Ávila, García y Gaytán, 2010).

Esta situación se vuelve más compleja puesto que, para los próximos años se espera un aumento del número de cuidadores. De allí que en la actualidad se tienda a identificar tempranamente manifestaciones disfuncionales en la salud del cuidador que alerten sobre su futuro físico y psicológico, producto de la sobrecarga generada por el cuidador. (Ávila et. al, 2010)

Hubbell y Hubbell (2002) manifiestan que la provisión de cuidados para un paciente con demencia comporta una serie de exigencias físicas, mentales, emocionales, sociales y económicas; además, representa un desafío para los cuidadores debido al deterioro cognitivo, conductual y afectivo, así como al detrimento progresivo de la funcionalidad que exhibe el paciente. Tales condiciones hacen que las personas que cuidan a un paciente con demencia se vean expuestas a alteraciones psicológicas y emocionales, siendo muy frecuente, entre estas, la depresión.

Todas las personas tienen en algún momento sentimientos negativos que surgen y desaparecen con el tiempo, pero cuando esos sentimientos cobran una mayor intensidad y hacen que los cuidadores se sientan totalmente fatigados, que lloren con frecuencia o que se enojen fácilmente con su ser querido o con otras personas, pueden ser una señal de advertencia de la depresión. Hay que empezar a preocuparse por una posible depresión cuando la tristeza y el llanto son permanentes, o cuando dichos sentimientos negativos desbordan la capacidad de resistencia de la persona. (Gallagher, Rivera y Zeiss, 1998).

Los procesos crónicos relacionados con la enfermedad que han derivado de la pérdida parcial o total de la capacidad del auto cuidado por parte del propio individuo, generalmente requiere del apoyo de la familia para suplir dichos cuidados. Esta tarea es llevada a cabo generalmente en el seno de la familia, lo cual supone un grado elevado de responsabilidad y exigencia; lo que a su vez, conlleva en sí misma, una fuente de estrés y malestar emocional por parte del cuidador principal y de los demás miembros de la familia; siendo las consecuencias más graves en la salud física y psíquica, como la depresión y los trastornos psicósomáticos. (Pérez, 2006)

Debido a que la Enfermedad de Huntington es progresiva, es inevitable reconocer que los miembros no afectados en la familia van a ser los cuidadores primarios y van a tener que tomar las responsabilidades que antes le competían al enfermo. Estos cambios pueden producir sentimientos de pérdida, resentimiento, enojo y desesperación. Los miembros de la familia pueden culparse unos a otros o culparse a sí mismos. El convertirse en cuidador, trae consigo muchas presiones en la rutina diaria, como falta de sueño, aislamiento de familiares y amigos, preocupaciones económicas y dificultades con la pareja y los hijos. La depresión puede aparecer y las enfermedades se pueden tornar más frecuentes. (Pérez, 2006).

Debido a que existe muy poca información acerca del cuidador del enfermo de Huntington y de los trastornos psicósomáticos que pudieran presentar, se pretende indagar un poco más con este trabajo, descartando una serie de hipótesis ligadas a éste tema.

CAPITULO IV. MÉTODO

Para poder determinar si un cuidador primario sufre de algún nivel de depresión, se deben realizar algunos procesos metodológicos, como se describen a continuación.

4.1 OBJETIVOS

Objetivo General.

- Determinar el grado de depresión que sufren los familiares de los enfermos de Huntington que asisten a la Asociación Mexicana para la Enfermedad de Huntington I.A.P. (AMEH).

Objetivos específicos

- Determinar si existen diferencias significativas de depresión entre hombres y mujeres al atender diariamente al familiar enfermo.
- Comprobar si hay una relación entre el nivel de depresión y el estadio de la enfermedad.
- Conocer si la depresión es mayor cuando se es el cuidador único.

4.2 HIPÓTESIS

Hipótesis conceptuales

- Existen niveles clínicamente significativos de depresión, en los familiares de enfermos de Huntington.
- Existen mayores grados de depresión en mujeres que en hombres cuidadores de enfermos de Huntington.
- Existen mayores niveles de depresión si el enfermo presenta estadios avanzados de la enfermedad
- Hay mayor depresión si es un solo cuidador o cuidadora quien atiende al enfermo.

Hipótesis de trabajo

- Los familiares de los enfermos de Huntington obtendrán puntajes mayores de 17 en el inventario de depresión de Beck.
- Las mujeres obtendrán puntajes significativamente más altos que los hombres en el Inventario de Depresión de Beck.

- Entre más avanzado sea el nivel del padecimiento del enfermo de Huntington, se obtendrán puntajes mayores a 17 en el inventario de depresión de Beck.
- Se obtendrán puntajes significativamente más altos en el inventario de Depresión de Beck, si la responsabilidad del cuidado del enfermo se carga a una sola persona.

4.3 VARIABLES

Variable Dependiente

- LA DEPRESIÓN

Definición conceptual:

Es una enfermedad caracterizada por un estado de ánimo triste, con pérdida de interés o capacidad para sentir placer que antes lo producían, pérdida de confianza en sí mismo y un sentimiento de inutilidad (DSM-IV-TR, 2002).

Definición operacional:

La variable dependiente está conformada por la puntuación obtenida en el Inventario de Depresión de Beck, donde el rango medible es de 0-63 puntos, la puntuación aceptada para graduar la intensidad/ severidad es a partir de 17 como se muestra en el siguiente cuadro:

0-10.....	Estado normal
11-16.....	Leve perturbación del estado de ánimo
17-20.....	Estados de depresión intermitentes.
21-30.....	Depresión moderada.
31-40.....	Depresión grave.
+ 40.....	Depresión extrema.

Variable independiente

- *SEXO DEL CUIDADOR*

Corresponde al género: Masculino o Femenino.

Definición operacional:

De acuerdo a la respuesta obtenida en la cédula de Identificación elaborada ex profeso.

- *GRADO DE AVANCE DE LA ENFERMEDAD*

Las etapas pueden variar de una persona a otra, según la clasificación de la capacidad funcional total (Shoulson, 1981)

Se considera que los enfermos pasan por 5 etapas:

- Etapa 1.- 0 a 8 años de inicio de la enfermedad, donde el paciente mantiene actividades primarias o secundarias teniendo un trabajo remunerado o voluntario a tiempo parcial y mantiene un nivel de independencia requiriendo una ayuda mínima en actividades de la vida diaria.
- Etapa II 3 a 13 años de inicio de la enfermedad, El paciente generalmente es incapaz de trabajar pero requiere ayuda mínima en las funciones básicas: finanzas, trabajos domésticos, actividades diarias.
- Etapa III 5 a 16 años del inicio de la enfermedad, el paciente es completamente incapaz de mantener un empleo y necesita una mayor ayuda en asuntos financieros, responsabilidades domésticas y en la mayor parte de las actividades diarias.
- Etapa IV 9 a 21 años del inicio de la enfermedad, el paciente necesita una gran ayuda en la gestión de sus finanzas en las responsabilidades domésticas y en la mayoría de las actividades diarias.
- Etapa V 11 a 26 años del inicio de la enfermedad, el paciente necesita una gran ayuda en los asuntos financieros, en las responsabilidades domésticas y en todas las actividades de la vida diaria. Se necesita de los cuidados en tiempo total de personal especializado.

Etapas de la Enfermedad de Huntington de acuerdo a López y Burguera (2010)

- *Estadio 1:* suele ser una etapa relativamente estable en cuanto a progresión. Puede presentarse con síntomas neurológicos o psiquiátricos. El corea suele ser el síntoma motor más importante sin llegar a causar discapacidad. La persona mantiene su actividad diaria y laboral. Pueden presentarse trastornos psiquiátricos o tendencia impulsiva o agresiva.
- *Estadio 2:* la discapacidad física empieza a ser importante: corea, inestabilidad... aumenta la dependencia para las actividades de la vida diaria y disminuye la capacidad decisoria y organizativa. La asociación de síntomas motores, cada vez más importantes, junto a la persistencia de los psiquiátricos, va haciendo cada vez mayor la carga física y psicológica para la familia.
- *Estadio 3:* el enfermo entra en una etapa de larga y completa dependencia de su familia y comienza a deteriorarse y reducirse el entorno social al que pertenece. Aparecen y persisten trastornos motores graves y generalizados, con una discapacidad física total. Presenta una total dependencia de sus cuidadores, en todos los aspectos.

Definición operacional:

De acuerdo a la respuesta obtenida en la cédula de Identificación elaborada ex profeso.

- *ÚNICO CUIDADOR*

No existe una definición específica para el término, sin embargo se reconoce como aquella persona que puede vivir o no con el enfermo y lo atiende alrededor de 8 horas diarias.

Definición operacional:

De acuerdo a la respuesta obtenida en la cédula de Identificación elaborada ex profeso.

4.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se trata de un diseño expos-facto, descriptivo correlacional.

4.5 MUESTRA

La muestra está compuesta por 60 familiares de enfermos de Huntington, mayores de 18 años que acudan a la AMEH, que acepten contestar el cuestionario.

4.6 INSTRUMENTOS

Escala de Depresión de Beck

El instrumento es un cuestionario de 21 ítems donde se selecciona la alternativa de respuesta que mejor refleje la situación emocional actual. Está diseñado con un vocabulario que puede ser comprendido por personas de escolaridad mínimo de quinto grado de primaria. Debe ser administrado en un lugar con suficiente iluminación, aire y sin distractores. Su duración no debe pasar de 15 minutos. El rango de la puntuación obtenida es de 0-63. (Méndez, 1995).

Cédula elaborada ex profeso

Se elabora un cuestionario para recabar datos generales del familiar del enfermo de Huntington, con la finalidad de recabar información tal como edad, estado civil, sexo, integrantes de la familia, estadio del enfermo, etc. para facilitar la clasificación de la investigación.

4.7 PROCEDIMIENTO

- Se solicita autorización a la Asociación Mexicana de la enfermedad de Huntington I.A.P. para la aplicación de 60 cédulas de recolección de información elaborada ex profeso e inventario de depresión de Beck a los familiares cuidadores de enfermos de dicha enfermedad que tengan la disposición de colaborar con la investigación.
- Tomando en cuenta la información recabada de las 60 cédulas se procede a realizar los análisis de resultados.

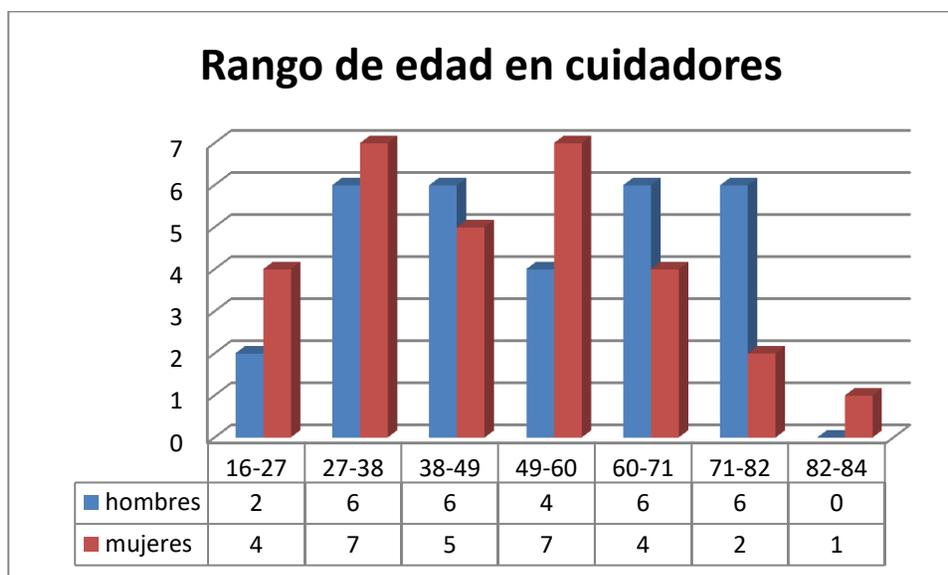
CAPITULO V. ANALISIS DE RESULTADOS

5.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra estuvo compuesta por cuidadores de enfermos de Huntington, 30 mujeres y 30 hombres.

Edad de los cuidadores

La media en la muestra de mujeres es de 46 años de edad, en cuanto a los varones, la media es de 52.06 años de edad



Grafica 1. Distribución de edad de cuidadores

Se observa que las mujeres suelen fungir como cuidadoras en rangos más extensos de edad que los varones, ya que tenemos el caso de una chica de 16 años de edad que cuida a su madre, así como una mujer de 82 años de edad, que sigue cuidando a sus hijos. En el caso de los hombres los más jóvenes tienen 26 años de edad, mientras que el que tiene más edad es un señor de 80 años.

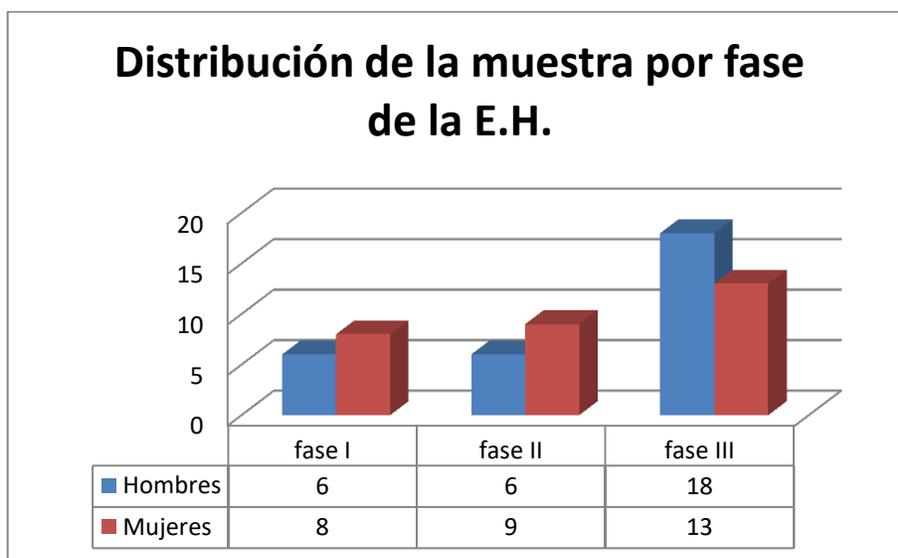
Distribución de cuidadores por Fase de la enfermedad de Huntington:

Para realizar esta investigación se tomó en cuenta la clasificación de las fases de la enfermedad de Huntington de López y Burguera (2010), dándose la siguiente distribución de cuidadores según la fase en la que se encuentran los enfermos. (Ver cuadro 1)

Cuidadores \ fase del E.H.	Hombres	Mujeres
fase I	6	8
fase II	6	9
fase III	18	13

Cuadro 1

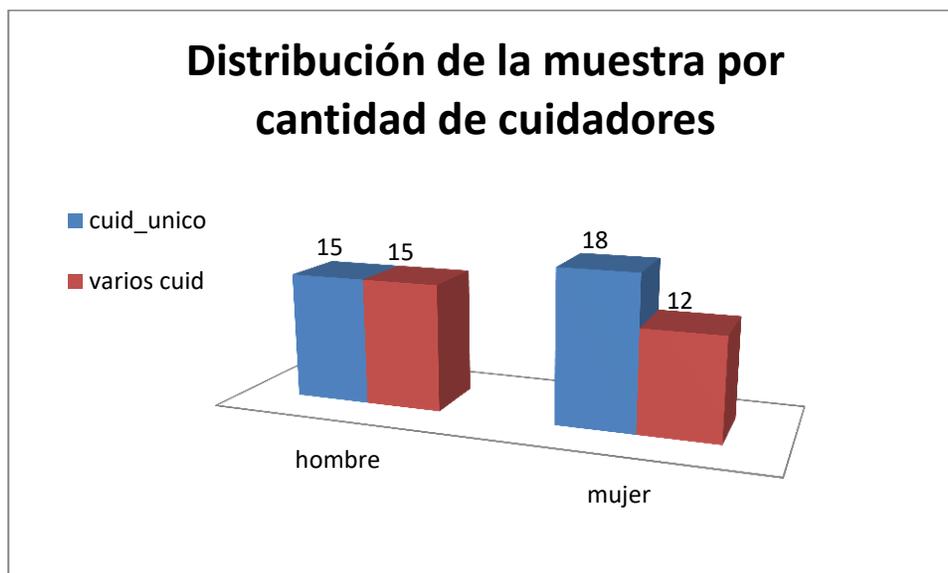
De acuerdo a la gráfica 2, se puede observar que la cantidad de cuidadores que atienden enfermos que se encuentran en la fases I son de 10% en varones y del 13.3% en mujeres, los cuidadores varones que atienden a enfermos que se encuentran en la fase II son 10% en varones, mientras que los que son atendidos por mujeres son de 15%, los enfermos que se encuentran en la fase III, son 30% atendidos por varones, los que son atendidos por mujeres alcanzan el total de 21.6%.



Gráfica 2. Distribución de la muestra de cuidadores por fase del enfermo Huntington.

Cantidad de cuidadores por enfermo de Huntington.

En la gráfica 3 se representaron los resultados de las encuestas realizadas, donde se aprecia que de los 30 cuidadores varones de la muestra, el 50% son únicos, mientras que el otro 50% cuenta con ayuda de una o más personas en la atención del familiar enfermo, sin embargo en el caso de las mujeres cuidadoras se observa que de las 30 encuestadas, 18 fungen como cuidadoras únicas, lo que corresponde al 60% contra el 40% que corresponde a las 12 cuidadoras que tienen ayuda de otras personas.



Gráfica 3. Distribución por cantidad de cuidadores por enfermo de Huntington

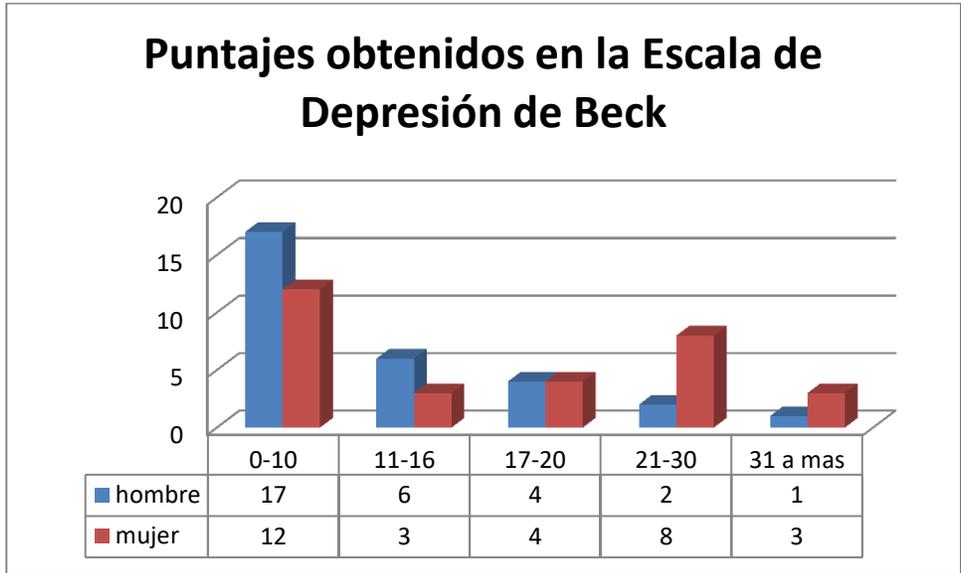
Resultados del Inventario de Depresión de Beck

De los 60 Inventarios de Depresión de Beck aplicados, solo 22 arrojaron puntajes arriba de 17, considerado como punto de corte para depresión, lo que significa que solo el 36.6% de la muestra sufre de algún grado de depresión.

El Inventario de Depresión de Beck establece los puntajes de depresión de la siguiente manera:

0-10	Estado Normal
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo
17-20	Estados de Depresión Intermitente
21-30	Depresión moderada
31-40	Depresión Grave
+40	Depresión Extrema

Tabla 1. Distribución de puntajes en la Escala de Depresión de Beck



Gráfica 4. Distribución por puntaje de los cuidadores obtenido en la E.D.B.

Como puede apreciarse en la gráfica 4, la cantidad de mujeres que obtuvieron puntajes significativos de depresión son 15, mientras que los varones son 7, esto representa el 26.78% de la población de cuidadoras contra el 12.5% de la población de cuidadores.

5.2 PRUEBAS DE HIPÓTESIS

Con el fin de lograr los objetivos planeados al inicio de esta Tesis, se vació la información obtenida mediante los cuestionarios en el software SPSS 19 Estadística profesional, para su análisis e interpretación, se compararon resultados entre las dos muestras, mediante diferentes pruebas estadísticas para muestras independientes, logrando los siguientes resultados.

- **Existen niveles clínicamente significativos de depresión, en los familiares de enfermos de Huntington.**

Se rechaza la hipótesis ya que en la prueba de comparación "T" no se encontraron puntajes significativos de depresión, lo que representa que los familiares de enfermos de Huntington no exponen altos grados de depresión. Ver Tabla 2. Y grafica 4

Estadísticos de grupo									
	puntaje_dep	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media				
genero	1-10	28	1.61	.497	.094				
	11-16	10	1.60	.516	.163				

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior	
genero	Se han asumido varianzas iguales	.006	.940	.039	36	.969	.007	.185	-.368	.382
	No se han asumido varianzas iguales			.038	15.388	.970	.007	.188	-.394	.408

Tabla 2. Relación entre puntajes de Depresión y muestra

- Existen mayores grados de depresión en mujeres que en hombres cuidadores de enfermos de Huntington.

Se rechaza la hipótesis ya que la prueba comparativa "T" no arrojó resultados significativos para afirmarla (ver tabla 3)

		Prueba de muestras independientes								
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
genero	Se han asumido varianzas iguales	.006	.940	.039	36	.969	.007	.185	-.368	.382
	No se han asumido varianzas iguales			.038	15.388	.970	.007	.188	-.394	.408

Tabla 3. Comparación de puntaje obtenido en la E.D.B. por género

En la tabla 3, no se muestran puntajes significativos, lo que nos indica que no existe diferencia de género para que se presente o no, algún grado de depresión en los cuidadores de enfermos de Huntington, sin embargo se encontró que hay una diferencia entre las variables de género, ya que los 22 cuidadores deprimidos, 15 son mujeres, lo que demuestra que las mujeres se deprimen más que los varones. (Ver gráfica 4).

- Existen mayores niveles de depresión si el enfermo presenta estadios avanzados de la enfermedad.

Se rechaza la hipótesis, ya que en la prueba X^2 no se encontró un contraste significativo entre las variables, lo que expresa que no es determinante que el enfermo se encuentre en una etapa avanzada, para que el cuidador se deprima.

faseenf				puntaje_dep			
	N observado	N esperado	Residual		N observado	N esperado	Residual
I	14	20.0	-6.0	1-10	28	12.0	16.0
II	15	20.0	-5.0	11-16	10	12.0	-2.0
III	31	20.0	11.0	17-20	8	12.0	-4.0
Total	60			21-30	10	12.0	-2.0
				31-42	4	12.0	-8.0
				Total	60		

Estadísticos de contraste		
	faseenf	puntaje_dep
Chi-cuadrado	9.100 ^a	28.667 ^b
gl	2	4
Sig. asintót.	.011	.000

a. 0 casillas (.0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 20.0. b. 0 casillas (.0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 12.0.

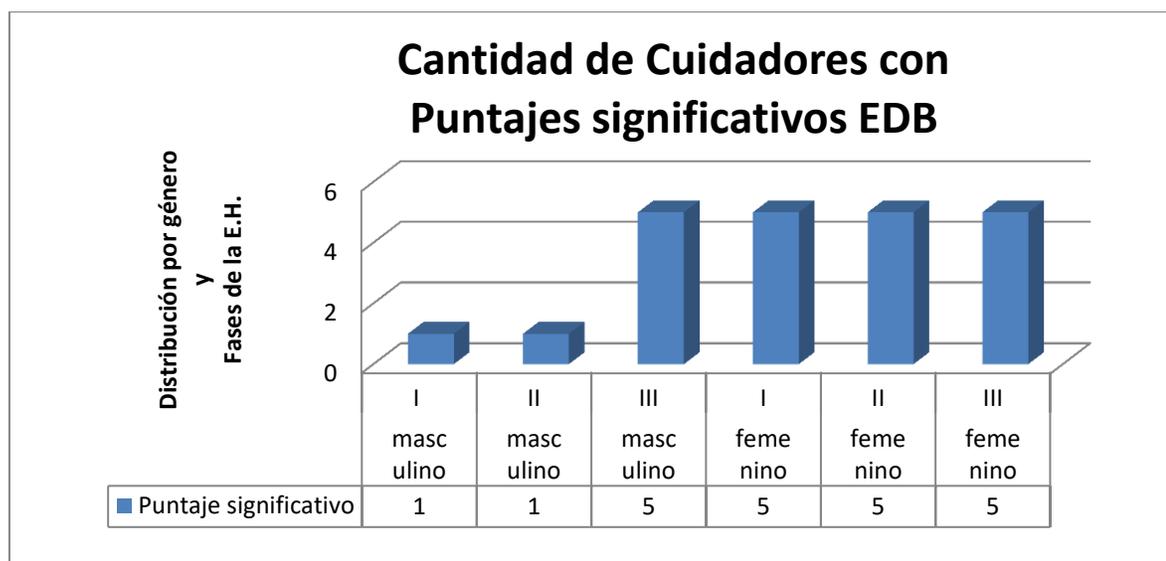
Tabla 4. Contraste de puntaje obtenido en la E.D.B. por etapa de la enfermedad.

En el cuadro 2 se muestra que con el enfermo en la Fase I, hay 5 mujeres deprimidas y 1 varón; con el enfermo en la Fase II, hay 5 mujeres deprimidas y 1 varón; con el enfermo en la Fase III, aparecen 5 mujeres y 5 varones con puntajes de depresión.

CUIDADORES	FASE I	FASE II	FASE III
HOMBRES	1	1	5
MUJERES	5	5	5

Cuadro 2

En la gráfica 5 se muestra la distribución de cuidadores con depresión en las diferentes etapas de la enfermedad de Huntington.



Gráfica 5. Diferencia de puntaje obtenido en la E.D.B. por género y fase de la E.H.

- Hay mayor depresión si es un solo cuidador o cuidadora quien atiende al enfermo.

Se rechaza la hipótesis, debido a que en la prueba X^2 no se encontró una relación significativa entre las variables, lo que constituye que el hecho de ser cuidador(a) único(a) o tener ayuda de otras personas no es determinante para que se dé o no la depresión. (Ver tabla 4) (Ver cuadro 3)

	N observado	N esperado	Residual
1-10	28	12.0	16.0
11-16	10	12.0	-2.0
17-20	8	12.0	-4.0
21-30	10	12.0	-2.0
31-42	4	12.0	-8.0
Total	60		

	N observado	N esperado	Residual
si	33	30.0	3.0
no	27	30.0	-3.0
Total	60		

	puntaje_dep	unic_cuidad
Chi-cuadrado	28.667 ^a	.600 ^b
gl	4	1
Sig. asintót.	.000	.439

a. 0 casillas (.0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 12.0.

b. 0 casillas (.0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 30.0.

Tabla 4 Relación entre número de cuidadores y depresión.

GENERO	UNICO CUID.	PUNTAJE EDB MAYOR A 17
<i>MASCULINO</i>	15	3
<i>FEMENINO</i>	18	9

GENERO	VARIOS CUID.	PUNTAJE EDB MAYOR A 17
<i>MASCULINO</i>	15	4
<i>FEMENINO</i>	12	6

Cuadro 3

Como se puede observar en el cuadro 3, del 50 % de varones cuidadores únicos, solo 3 presentaron puntajes mayores a 17 en la EDB, lo que significa que solo el 10% de la muestra, presentan algún grado de depresión.

Por otro lado, del 50 % de los varones que reciben apoyo para atender a sus familiares enfermos, 4 presentan puntajes arriba de 17 en la EDB, lo que representa que el 14% de la muestra presenta algún grado de depresión.

Así mismo se puede observar que del 60% de mujeres que fungen como cuidadoras únicas, 9 presentan puntajes mayores de 17 en la EDB, lo que significa que el 30% presentan algún grado de depresión, sin embargo del 40% de mujeres que reciben ayuda para atender a sus pacientes enfermos, 6 presentan puntajes mayores de 17 en la EDB, lo que significa que el 20% presentan algún grado de depresión.

CAPITULO VI. DISCUSIÓN

La enfermedad de Huntington es por demás confusa ya que trae consigo una gran variedad de cambios tanto físicos, mentales y emocionales, algunos son más complicados que otros y hasta el día de hoy los cuidadores primarios han tenido que improvisar en cuanto a la atención y cuidados que su paciente requiere.

Hay algunos casos de familias donde existen más de un enfermo de Huntington y una sola persona para atender y sostener económicamente a la familia, existen otros donde los miembros de la familia sanos se apoyan para atender al paciente y la manutención, sin embargo en ambos casos la situación es desgastante y frustrante, ya que el enfermo puede vivir hasta 12 años en completa dependencia, lo que podría desencadenar alteraciones emocionales en los cuidadores.

En esta investigación se consideraron los objetivos planteados, como determinantes para encontrar diferencias significativas entre los géneros de los cuidadores enfermos de Huntington y su relación con las diversas circunstancias al atender al enfermo, para presentar algún grado de depresión.

Los autores consultados, manifiestan que los cuidadores sufren distintos grados de depresión como respuesta afectiva a las demandas del enfermo (Laserna 1997), además de otras afecciones psíquicas como distanciamiento emocional con el paciente (Ávila, García y Gaytan 2010), por su parte González et al 2004 manifiestan que éstas alteraciones emocionales se pueden manifestar en alteraciones de la conducta, carácter y perturbaciones psicosomáticas.

De acuerdo con las referencias, se esperaba que las pruebas y cálculos estadísticos afirmaran las hipótesis planteadas, sin embargo, fue lo contrario, lo que plantea una nueva interrogante, ¿qué factores determinan que la muestra de cuidadores primarios usados en esta investigación supere las condiciones emocionales difíciles y evite que caiga en un estado de depresión?

Para poder tener una respuesta se tuvo que revisar las cédulas de identificación, relacionar las respuestas y hacer un comparativo con las entrevistas realizadas y así poder sacar una conclusión estimada sobre la dinámica familiar y el estado emocional de la misma.

Como era de esperarse, cada familia tiene su propia forma de sobrellevarse y entenderse, sin embargo todas tuvieron un factor en común, la Asociación Mexicana de la Enfermedad de Huntington I.A.P. (AMEH), está claro que cada una de estas familias pertenece a la organización y que recibe de alguna forma los servicios asistenciales que ofrecen, ya sea de manera directa al enfermo o indirecta por medio del familiar.

Dicha organización es un apoyo para los familiares cuidadores ya que a ellos les ofrece los siguientes beneficios:

- Centro de Atención Diurno, lo que permite que los enfermos que presentan las primeras etapas de la enfermedad asistan a recibir terapias, este

servicio le permite al cuidador, realizar diversas actividades durante la mañana sin preocupaciones de atender al enfermo.

- Grupos de apoyo Psicológico, donde el familiar cuidador puede externar sus inquietudes y apoyarse con los demás miembros del grupo.
- Pláticas informativas, donde un especialista expone temas relevantes que les instruye respecto a la enfermedad de Huntington y su manejo.
- Visitas domiciliarias, donde miembros de la organización visitan al familiar y al paciente, llevándoles medicamentos, pañales, despensa, médico, terapeutas, etc.
- Atención vía telefónica, cuando un familiar se siente agobiado, tiene la facilidad de ser atendido por cualquier miembro de la Asociación y escucharlo.

Estos servicios que ofrece la AMEH al parecer logran que el cuidador se sienta acompañado y apoyado, lo que de algún modo evita que los sentimientos negativos se conviertan en depresión.

Algunos casos de cuidadores de otro tipo de enfermedades como Parkinson y Alzheimer, que no acuden a ningún tipo de agrupación de apoyo psicológico, suelen presentar cuadros severos de ansiedad y depresión, como menciona Laserna (1997), Ávila et.al. (2010), y con la propia experiencia al charlar con personas que se encuentran en esa situación.

Como mencionaba Rascón et. Al (1997), que un cuidador tiende a deprimirse más mientras más grave sea el estado de demencia del enfermo, en esta investigación se esperaba que eso ocurriera, ya que de acuerdo a la fase de la enfermedad, el cuidado del enfermo va tornándose más difícil, ya que pierden más capacidades, sobre todo la de comunicación y discernimiento, sin embargo los cuidadores aprenden a sobrellevar esa condición presentando esporádicamente episodios leves de depresión, los cuales son superados en poco tiempo.

Se puede argumentar que debido a que la cultura en la que vivimos, donde la convivencia y reuniones sociales forman parte de la vivencia diaria nos da la pauta para poder hablar abiertamente de situaciones que nos ocurren, aunque en muchas ocasiones el oyente no comprenda lo que atravesamos, el simple hecho de habernos desahogado nos libera de algún tipo de ansiedad y culpabilidad.

Cuando la retroalimentación se da con personas que se encuentran en la misma situación, la sinergia que se crea es más productiva, ya que se tiene la certeza de que hablan con conocimiento de causa, empatizando con los demás y generando un cambio positivo.

Los beneficios de estos grupos responden a dos claves de éxito. Una, la composición del grupo; al estar constituidos por personas con comunales (mismas preocupaciones sobre su situación, necesidad de estrategias para resolver conflictos, etc.) facilitan la identificación de los individuos con el grupo (Díaz y Ferri, 2002) y les hace unirse para mejorar el control y dominio de la realidad, mantener la autoestima y obtener información y consejo (Martínez-Taboada, 1996). Vega y de Dios (2016)

CAPITULO VII. SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.

Es importante tomar en cuenta que la muestra usada en esta investigación es muy pequeña, además de que todas las personas estudiadas pertenecen a la Asociación Mexicana de la Enfermedad de Huntington I.A.P.

Se puede concluir que dicha muestra obtuvo ese resultado ya que disfrutaban de los beneficios que ofrece dicha Asociación ya sea directa o indirectamente.

Se sugiere que se amplíe la investigación a través de otros organismos que trabajen con enfermos de Huntington (Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, IMSS, ISSSTE, sector salud).

Se sugiere se realicen investigaciones con pacientes que no acuden a ningún tipo de apoyo.

Se sugiere que se estudien otras alteraciones emocionales para poder determinar el tipo de ayuda que requerirá el cuidador.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1	Afifi, A., Bergman R. (2006). Neuroanatomía Funcional; México: McGraw hill Mex. 2a Ed. Cap 13
2	Alexander, G., DeLong, M. y Strick, P. (2006). Parallel organization of functionally segregated circuits linking basal ganglia and cortex. En: Hernández Alcázar, A. M. (Ed.) Programa de Rehabilitación neuropsicológica de la disfunción ejecutiva en la corea de Huntington (p. 10).Reporte de experiencia profesional para maestría en la Universidad Nacional Autónoma de México.
3	Alonso, M.E. (1985) Aspectos clínicos y genéticos de la enfermedad de Huntington: estudio de 28 pacientes. Revista de Investigación Clínica. México. 35: 125-133
4	Alonso, V. M.L. (2000); Series del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velazco Suarez". México: Ed Psicofarma, pp. 1-4 72-73
5	Andrews, T. y Brooks, D. (2005). Advances in the understanding of early Huntington's disease using the functional imaging techniques of PET and SPET. En Hernández, A. A. M. (2007) programa de rehabilitación neuropsicológica de la disfunción ejecutiva en la corea de Huntington.Tesis de Maestría no publicada, UNAM
6	Arbor, A., Dejong, R.N., (1970). George Huntington (1850-1946) The founders of Neurology. Ed. por Whaymaker W y F Schiller Springfield, illinois: Pub. 2a ed. Pp. 455-456
7	Aznar, E., Avendaño., Berlanga A. (2004) Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia: Manual para la familia y el cuidador. Madrid: Psicología pirámide
8	Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press
9	Benjet, C., Borges, G., Medina, M. M.E., Fleiz, B.C. y Zambrano, R. J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud Pública de México; 46: 417-424
10	Biurron, U. A. (2001). La Asistencia de los familiares cuidadores de Alzheimer; Revista Española de geriatría y gerontología; 36(6): 325-330
11	Brody, S. y Puolxhocs S. (1978) The family caring unit: a major consideration in the long term support system. En: Biurrun U. (ed.) Asistencia de cuidadores de enfermos de Alzheimer. Revista Punto de Vista. Pp. 37-41, Navarra España
12	Calderón, N. G. (1998). Depresión, sufrimiento y liberación, México: EDAMEX

13	Collins, C; Stommel, M; Wang, S. y Given, Ch. W. (1994). Caregiving transitions: Charges in depression among family caregivers of relatives with dementia. <i>nursing Research</i> , Vol. 43 pp. 220-225
14	Coon, D. (1999), <i>Psicología: Exploración y aplicaciones</i> . México: Thompson editores
15	Cruz, M. A. (1 de Junio de 2008) Padece Depresión el 10% de la población <i>Periódico La Jornada</i> .
16	Enciosa, M. G. (2001) Corea de Huntington; <i>Revista Cubana de Genética Humana</i> Vol.3 Núm. 14, La Habana Cuba
17	Fraga, A. (2006). Descenso de la fecundidad en Cuba de la primer a la segunda transición demográfica. En: Ávila, T.J.H., García, C.J.M., Gaitán, R.J. <i>Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia</i> . <i>Revista Colombiana de Psicología</i> , vol. 19, núm. 1, enero-junio, 2010, pp. 71-84 Universidad Nacional de Colombia, Colombia
18	Gadea, M., Espert., Chirivella, J. (1996) Detección presintomática del déficit neuropsicológico en la corea de Huntington. <i>Revista controversias en psicología conductual</i> Vol. 4 Núm. 3 pp.: 363-375
19	García, M., Mateo, I. & Gutiérrez, P. (1999). Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. En Ávila, T.J.H., García, C.J.M., Gaitán, R.J. <i>Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia</i> . <i>Revista Colombiana de Psicología</i> , vol. 19, núm. 1, enero-junio, 2010, pp. 71-84 Universidad Nacional de Colombia, Colombia
20	Gómez, E. y Barquero, M. (2002). Enfermedad de Huntington. En <i>Guías en demencias. Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia</i> . Grupo de Neurología de la Conducta y Demencias. Barcelona: Masson
21	Gradillas, V., (2002) <i>Trastornos de la personalidad en la práctica médica</i> . Barcelona España: Ed. Masson
22	Guyton, (1994) <i>Anatomía y fisiología del sistema Nervioso</i> México: Ed. Panamericana
23	Hamilton, W (2008). <i>Anatomía Humana</i> . 4a ed. Publicaciones culturales México, pp. 567
24	Hubbell, L. y Hubbell, K. (2002). The burnout risk for male caregivers in providing care to spouses afflicted with Alzheimer's disease. <i>Journal of Health and Human Services Administration</i> , 25, 115-132
25	Jaramillo, J. (2003) Lo que el médico debe saber sobre los genes. <i>Acta Médica Costarricense</i> . Colegio de Médicos y Cirujanos. Volumen 45, número I.

26	Jurado, S., Villegas, M.E., Méndez L., Rodríguez F. y Loperena V. (1998) la estandarización del Inventario de Depresión de Beck En Pájaro, G. D.J. (2006) Correlación entre cesación del consumo de tabaco y estados de depresión en personas con tratamiento. Tesis no publicada. Facultad de Psicología, UNAM
27	Laserna, J. A. (1997) Alteraciones emocionales y variables moduladoras en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer. Revista Psicología Conductual Vol. 5 Núm. 3pp. 365-375
28	Leal, C. C. (2000). Trastornos depresivos en la mujer. España: Ed. Masson. Caps. 1, 3
29	Lennox, G. y Leigh. (2001). Disorders of movement and system degenerations. En: Graham Dly Lantos. Editores Greefield's neuropathology vol.2 Londres 6a edit.
30	Llibre, J.J. (2002). Estrategias de investigación en la enfermedad de Alzheimer. Revista Cubana, Medicina General Integral. 18 (4), 13-20
31	López, D.V., Burguera, H. (2010) Enfermedad de Huntington, claves y respuestas para un desafío singular. México: Panamericana
32	Lowed, J., Lennor, G., Leigh. (2005) Disorders of movement and System degenerations. En: Greenfield's Neuropathology, Vol. 2 Ed. D'Graham, Londres 6a ed. Pp. 281-366
33	Mackinnon, R. (1988). Psiquiatría clínica aplicada. México: Nueva editorial Interamericana
34	Méndez, S. (1995). Traducción y estandarización del Inventario de Depresión de Beck, para población Mexicana. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Psicología Universidad Nacional Autónoma de México
35	Montgomery, R.J.V. y Koloski, K. (1994), A longitudinal analysis of nursing home placement for dependent elders cared for by spouses vs. adult children. NY:J. Gerontol., 49, 62-74
36	Muñoz, L., Arancibia, S. y Paredes, L. (1999). La experiencia de los familiares cuidadores de pacientes que sufren Alzheimer. Revista de Investigación y Educación en Enfermería, 17 (2), 35-49
37	Murray, C. y Lopez, A. (1997) Alternative projections of mortality and disability by cause, 1990-2020: Global burden of disease study. Lancet; 349: 1498-1504
38	Pérez, G. M.A., (2011) Apoyo a Enfermos de Huntington y a Cuidadores Primarios a Través de la Logoterapia. Trabajo de Investigación para obtener Título de Especialista en Análisis Existencial y Logoterapia. No Publicada. Sociedad Mexicana de Análisis Existencial y Logoterapia S.C.
39	Rascon, G. M. L., Diaz, M.R., López, J.J.L., Reyes, R. C. (1997) La necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado del paciente esquizofrénico, Revista Salud Mental V.20 Supl. Julio, México

40	Rayuela, A., Gil, A. M. (2003) Case of obsessive symptoms in Huntington's disease; Actas especialidad de Psiquiatría 2003, Núm. 31 Vol. 6, pp. 367-370 México
41	Rodríguez, P. (2005) Características y necesidades del cuidador primario en enfermedades neurodegenerativas. Diseño y evaluación de un programa de intervención. Tesis para obtener grado de doctorado en psicología no publicado. México D.F. p. 10-38
42	Rojtenberg, S. L. (2001) Depresión y antidepresivos, de la neurona y de la mente, de la molécula y de la palabra. Ed. Panamericana pp. 15-35
43	Rubinow, D.R., Schmidt, P.J., Roca, C.A. (1988) Estrogen-serotonin interactions: implications of affective regulation. Maryland: Ed. Biological Psychiatry pp. 839-850
44	Saranson, I. G. y Saranson, R.B., (1996) Psicología Anormal. México: Ed. Prentice Hall
45	Shoulson, I. (1981). Huntington disease decade of progress. Ed. Neurolclin, pp 515-526
46	Skaff, M.M. y Peralin, L.I. (1992), Caregiving: Role engultement and the loss selft; revista Gerontologist Vol. 32 pp. 656-664.
47	Tortora, G. y Derrickson, B. 2006. Principios de Anatomía y Fisiología. México: Médico Panamericana. 11a edic. Cap 14.
48	Young, Paul (2001) Neuroanatomía Clínica Funcional. España: Edit. Masson 1a ed. cap. 8

REFERENCIAS CIBERGRÁFICAS

1	Arboix, M. (2012) La claudicación del cuidador. Revista de psicología y Salud mental. Recuperado el 13 de marzo de 2012 en http://www.consumer.es/web/es/salud/atencion-sanitaria.php/
2	Ávila, T., José, H., García, C., Jaisa, J., Gaitán N., Ruiz, J. (2010). Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia. recuperado 14 de abril de 2012 en: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/804/80415077007.pdf
3	Calvete, E. (2012). Género y vulnerabilidad cognitiva a la depresión. recuperado el 13 de marzo de 2012 en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=591
4	Coello, R., García, A., Núñez, M. I. (1980) Un caso de demencia subcortical funcional. Revista médica Honduras Vol. 48, recuperado el 15 de marzo de 2012 de: www.bvs.hn/RMH75/pdf/1980/pdf/Vol48-4-1980-4.pdf
5	Colina, A. (2012), Los cuidados no formales en salud mental. Recuperado el 19 de mayo de 2012 de http://caibco.ucv.ve/caibco/vitae/VitaeCatorce/Articulos/Psiquiatria/archivoshtml/Psiquiatria.pdf
6	Depresión (2012), recuperado 15 de abril de 2012 de http://homepage.mac.com/penagoscorzo/apa/references-apa-style/index.html
7	Dio- Blechmar, E., (2012) Depresión en mujeres. Recuperado el 11 de mayo de 2012 de http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15234/15095
8	Gallagher, T.C., Rivera, P. y Zeiss. (1998). Family Caregiving: Stress, Coping and Intervention. Handbook of Clinical Geropsychology, capítulo 21, Plenum Press, Nueva York. Recuperado el 16 de mayo de 2012 en http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=537
9	González, F., Grass, A., Pittiot, D., Podestá, J. (2004). Sobrecarga del cuidador de personas con lesiones neurológicas. Revista del Hospital J. M. Ramos Mejía, Edición electrónica Vol. IX Núm. 4, recuperado 15 de abril de 2012 en: http://www.ramosmejia.org.ar/r/200404/7.pdf
10	Guerra G., A. (2012). Orígenes de la Depresión. Recuperado el 19 de febrero de 2012 en: http://www.saludalia.com/docs/Salud/web_saludalia/temas_de_salud/doc/salud_mental/doc/doc_depresionb1.htm
11	Hernández, C.C. (2012) Conocimiento, aptitudes y prácticas ante el diagnóstico de la depresión en dos áreas de la salud. Tesis de Maestría en Psiquiatría Social en Facultad "Comandante Fajardo" en la Habana, Cuba. Rev. Medicina Gral. 2000:8-15, recuperado el 10 de marzo de 2012 en http://www.saludplaza.sld.cu/

12	Infante, V.M., González, P.C., Ramos. C., Marino, M.C., (2000). Consideraciones acerca de un enfoque preventivo en la salud pública; Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina, recuperado el 15 de abril de 2012, de Rev. Cubana Med. Milit. 2006; 35(3) http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol35_3_06/mil09306.htm#cargo
13	Instituto Nacional de Neurología (2012), recuperado el 23 de marzo de 2012 en: http://www.innn.salud.gob.mx/interior/atencionapacientes/padecimientos/huntington.html
14	Kochanek, K.D., Murpht, S.L., Anderson, R.N., Scott, C., (2002) Deaths: final data for 2002, National vital Statistics report 53 en: National Institute of Mental Health (2012) recuperado el 3 de mayo de 2012 en http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/c-mo-experimentan-los-hombres-la-depresi-n.shtml
15	Marco, N. E. (2004) Calidad de vida del cuidador hemipléjico vascular Tesis de Doctorado Universidad Autónoma de Barcelona recuperado el 14 de abril de 2012 en: http://mayores.pre.cti.csic.es/documentos/documentos/marco-calidad-01.pdf
16	Marietan, H. Dr. (2012). Curso sobre Depresión. Semiología Psiquiátrica, recuperado el 19 de mayo de 2012 en http://www.marietan.com/material depresion/9 depresion epidemiologia.htm
17	NIMH (2012). ¿Cómo experimentan las mujeres la depresión? National Institute Mental Health. Recuperado el 3 de mayo de 2012 en: http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/c-mo-experimentan-las-mujeres-la-depresi-n.shtml
18	Paulsen, J. S. (1999). Una guía práctica para individuos, familias y profesionales que conviven con la EH; Problemas de Conducta en la Enfermedad de Huntington. Asociación Corea de Huntington Española. Recuperado el 22 de marzo de 2012 en: http://www.hdsa.org/images/content/1/2/12748.pdf
19	Pérez, P.A. (2006) El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental. Departamento de Psiquiatría, Psicología Médica, Medicina legal e Historia de la Ciencia. Universidad de Salamanca, Fac. Medicina. recuperado el 22 de mayo de 2012 en http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=51922
20	Pollack- W., Mourning (1998) Melancholia and masculinity: en NIMH (2012) recuperado el 3 de mayo de 2012 en http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/c-mo-experimentan-los-hombres-la-depresi-n.shtml
21	Revista Planeta Española (2012) Enfermedad de Huntington. Recuperado el 1 de junio de 2012 en (http://revistaplaneta.iespana.es/huntington.htm)
22	Salin, P.R.J. (2005) Trastornos afectivos, la depresión: tristeza llevada a sus extremos y de los medicamentos que la controlan. Instituto Nacional de Ciencias

	Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Recuperado el 10 de marzo de 2012 de: www.monografias.com/trabajos13/depre/depre.shtml
23	SALME (2012). Instituto Jalisciense de Salud Mental; Secretaria de Salud Edo. De Jalisco. Recuperado el 20 de mayo de 2012 en: http://salme.jalisco.gob.mx/cestdepre.html
24	Torres, F. I.A., Beltrán, G. F. J., Martínez, P.G., Saldivar, G.A., Quesada, C. J., Cruz, T. L. (2006). Cuidar a un enfermo pesa?, Revista de divulgación científica y tecnológica de la universidad veracruzana Vol. XIX núm. 2, Mayo-agosto 2006. recuperado el 1 de marzo de 2012 en: www.or.mx/cienciahombre/revista/vol19num2.html
25	Vásquez, M., Morales, F., Fernández, H., Del Valle, G., Fornaguera, J., Cuenca, P. (2008). Diagnóstico Molecular de la Enfermedad de Huntington en Costa Rica; Acta Médica Costarricense, Colegio de Médicos y Cirujanos Vol. 50 Núm. 1. recuperado 16 de febrero de 2012 en: http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v50n1/3703.pdf
26	Vega Rodríguez Teresa; De Dios De Dios Yolanda (2016). Beneficios psicosociales de los grupos de apoyo: su influencia en los estilos de socialización familiar http://infad.eu/RevistaINFAD/2007/n2/volumen1/0214-9877_2007_2_1_135-146.pdf 2016
27	Wagner, F. A., González, F.C., Sancho, G. S., García, P. C., Galle, J. J. (2012) Revista de salud mental. Vol. 35, (1) pp 3-11, ene-feb-2012. recuperado el 10 de abril de 2012 en: http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3501/sm350103.pdf

ANEXOS

CEDULA DE IDENTIFICACION

Cedula de identificación

Lea cada punto con atención y responda lo más sincero posible.

Nombre _____ edad _____

Sexo F M Edo civil _____ (En su caso)
Núm. de hijos _____

Escolaridad _____ Ocupación _____

Su casa es: Propia Rentada Familiar otra
especifique: _____

Vive en la misma casa del enfermo? Por qué? _____

Nombre del familiar enfermo: _____

Edad _____ Tiempo de diagnóstico de la enfermedad _____

Parentesco con el enfermo _____ Cuantos integran la familia?
(padre, madre, hermanos) _____

Cuenta con servicio médico? SI NO Cuál? _____

Cuenta con algún ingreso económico? SI NO Cuál? _____

El enfermo es autónomo? Si No En su caso:
Quien lo cuida? _____

Usted se ha hecho la prueba de diagnóstico? SI NO Por que _____

Alguien más de la familia está diagnosticado o presenta síntomas? _____

ESCALA DE DEPRESION DE BECK

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6) .

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8) .

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10) .

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11) .

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12) .

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13) .

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14) .

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15) .

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16) .

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17) .

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18) .

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19) .

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20) .

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21) .

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.