



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

**“FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS, CONDICIONES
LABORALES Y ANTECEDENTES
PERSONALES/FAMILIARES ASOCIADOS A LA
DEPRESION EN RESIDENTES DE MEDICINA DE UN
HOSPITAL DE MINSA DE LIMA METROPOLITANA, EN
EL PERIODO 2018”**

Nombre del Autor: MAYRA KATHERINE TATAJE LAVANDA

Nombre del Asesor: DR. JAVIER SAAVEDRA CASTILLO

LIMA – PERÚ

2019

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, CONDICIONES LABORALES Y ANTECEDENTES PERSONALES/FAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESION EN RESIDENTES DE MEDICINA DE UN HOSPITAL DE MINSA DE LIMA METROPOLITANA, EN EL PERIODO 2018

1. RESUMEN

El trabajo de investigación tendrá como objetivo determinar la relación entre los factores biopsicosociales y el grado de depresión en residentes de medicina de emergencias y desastres de un hospital del MINSA de Lima Metropolitana, en el periodo enero-mayo, 2018. La metodología por emplear será de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo correlacional y de corte transversal. El muestreo será no probabilístico y de carácter intencional o discrecional, estando conformado por 90 residentes de todas las especialidades. Para la recolección de datos se empleará el Inventario de Depresión de Beck que consta de 21 ítems agrupados en 2 categorías: factor cognitivo-afectivo y somático. Se mide en escala de Likert de 0 a 3 puntos y su escala final de calificación lo agrupa en: sin depresión o depresión mínima, depresión de leve a moderada, depresión de moderada a grave y depresión grave. Al ser un cuestionario internacional será sometido a las pruebas de validez (Juicio de expertos) y confiabilidad (Alpha de Cronbach) para su aplicación a nivel nacional. Para el análisis estadístico se empleará la prueba de Chi cuadrado, de acuerdo al análisis preliminar de datos.

PALABRAS CLAVES: depresión, residencia, interrelaciones.

2. INTRODUCCIÓN

El trastorno depresivo mayor es, actualmente, uno de los padecimientos psiquiátricos con mayor prevalencia en la población mundial (3-5%) (1-4). Asimismo, repercute negativamente en los ámbitos biológicos, psicológicos y sociales de quienes lo padecen. De acuerdo a los criterios de diagnóstico establecidos por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en su *Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales*, se caracteriza por la ocurrencia de uno o más episodios depresivos, en los que al menos durante dos semanas, se presenta: ánimo depresivo, pérdida generalizada del interés o la percepción del placer en casi todas las actividades, acompañados por al menos otros cuatro síntomas como: cambios de apetito o peso, del sueño y en la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida (4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2012, indicó que la depresión constituye una crisis mundial muy poco reconocida y que afecta a 350 millones de personas de todas las edades, ingresos y nacionalidades (3). De igual manera, se estima que aproximadamente el 20% de los individuos de la población en general han experimentado un episodio depresivo significativo en algún momento de sus vidas.

El personal de salud no se encuentra exento a presentar este tipo de trastorno, ya que se encuentra expuesto a la depresión debido al alto estrés de origen asistencial y asociado a factores psicosociales laborales que se manifiestan en una práctica profesional inadecuada, menor satisfacción laboral, motivación y compromiso; e incluso se ha vinculado a una mayor accidentabilidad y una peor calidad de la atención (5).

Un estudio realizado en Lima reveló que los niveles de ansiedad (43,5%) y depresión (58,7%) fueron mayores en personal sanitario que laboraba en las áreas de Emergencias y Cirugía (5). Del mismo modo, una investigación en Huancayo demostró que un 69% del personal de salud presentó depresión en comparación con un 75% de ansiedad. También se encontraron niveles de depresión y ansiedad de leve a moderado en más del 50% de la población.(6).

Según Consejo, “los médicos residentes son personal de salud en formación bajo un sistema educativo especial cuyas difíciles condiciones académicas y laborales pueden afectar el estado de ánimo y la salud mental de los estudiantes. Sin embargo lo que sucede en la práctica y en el quehacer cotidiano puede originarle choques emocionales violentos” (17).

Diversos autores coinciden en que el médico residente se enfrenta a procesos de adaptación y aprendizaje bajo periodos de estrés constantes; que constituyen un proceso desgastante, apareciendo la necesidad de utilizar mecanismos de defensa conscientes o no, para que la enfermedad y el sufrimiento del otro no interfieran en su salud psíquica y física. Sin embargo, no siempre esos mecanismos son eficientes para el enfrentamiento de esas situaciones y puede presentar algunas alteraciones, generando periodos de angustia, temor, inseguridad o estrés, y en casos extremos, trastornos de depresión o ansiedad. Los médicos que ingresan a una especialidad viven una serie de cambios en hábitos de sueño, alimentación y percepción, cambios que definirán su estancia en la residencia médica (8).

Con respecto a esto, un estudio realizado en Reino Unido, EE. UU y Australia, reveló que el 27% de los médicos generales presentaron depresión y el 13% pensamientos suicidas. Asimismo, la tasa de depresión entre los especialistas fue del 19% y solo un 6% para los administrativos. También se encontró que el 14,6% de los médicos que trabajaban en unidades de emergencia en Denizli tenían altos puntajes de ansiedad (8). Por otro lado, una investigación en Tijuana-México, demostró que existe un alto índice de consumo de alcohol en el 65% de los residentes de medicina, además la tercera parte de ellos presentó alteraciones del sueño, el 14% indicó tener elevados niveles de stress y el 47,5% presentaron signos depresivos, de los cuáles resaltaron la insatisfacción, culpa, indecisión, insomnio, fatigabilidad y retraso laboral. Por último, se determinaron como factores de riesgo el estar casado, cursar el primer año de residencia, realizar guardias en terapia intensiva, ser ateo y tener antecedentes familiares de depresión (9).

Igualmente, en un cohorte de 43 médicos seguidos durante su residencia, se halló que la severidad de la depresión alcanzó su punto máximo durante el primer año, mejorando significativamente durante el segundo y tercer año, pero nunca por debajo de la línea de base (2). Así pues, algunos estudios sugieren que los residentes jóvenes tienen más probabilidades de estar deprimidos, con la mayor depresión ocurrida durante el año de prácticas en un 28%, disminuyendo a 21% durante el segundo año, y al 10% durante el tercer año (10,11).

Por otra parte, numerosos autores (12, 14) afirman que los residentes con depresión mayor dormían 6,2 horas por noche, y los que no tenían depresión 6,64 horas. Por tanto, se planteó que dormir menos de seis horas o quedarse crónicamente privado del sueño puede asociarse con una mayor prevalencia de depresión. De igual manera, los residentes que informaron grados más altos de depresión también clasificaron sus rotaciones actuales como más difíciles. Así también, se informaron más síntomas depresivos en las rotaciones de la sala de cuidados intensivos, la internación y la sala de emergencias.

La depresión disminuye la capacidad de las personas para hacer frente a los retos cotidianos de la vida y con frecuencia precipita el deterioro de las relaciones familiares, la interrupción de la educación y la pérdida del empleo. En los casos más extremos, los afectados pueden llegar a quitarse la vida (3).

Se ha calculado que en personas que se encuentran en situaciones de estrés constante y exceso de trabajo, como el caso de los médicos adscritos que laboran en un hospital, la prevalencia de depresión es de un 12,8% y se incrementa en los médicos residentes hasta 47,5% (1).

El último informe del departamento de medicina del Hospital en estudio reveló que el ausentismo laboral por parte del personal médico aumentó en un 3,5% en el mes de diciembre del 2017 con respecto a meses anteriores. Asimismo, los motivos de dicho ausentismo fueron en su mayoría descansos médicos y actividades extrahospitalarias. De igual manera, se informó que alrededor del 45% de residentes de las diversas especialidades se retiraron 1-2 horas antes de terminar su guardia y un 15% se ausentó por enfermedad, siendo los problemas respiratorios los de mayor prevalencia.

Cabe resaltar, que el informe de satisfacción del usuario del primer trimestre del año 2017 indicó un aumento en la insatisfacción del usuario del 15% con respecto al año 2016, donde el incremento en el tiempo de espera, el trato poco cálido por parte del personal de salud y la falta de medicamentos en farmacia fueron las dimensiones peor valoradas.

Por ende, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál será la relación entre los factores sociodemográficos, antecedentes personales/familiares y condiciones laborales y la depresión en residentes de medicina de un hospital del MINSA de Lima Metropolitana, en el periodo 2018?

El trabajo de investigación pretende aportar a la comunidad científica información actualizada sobre las variables de estudio, ya que a nivel internacional se encuentran diversos trabajos de investigación sobre temas como estrés, ansiedad, burn out y depresión en personal médico; algunos específicos en residentes donde evalúan variables como edad, sexo, año de residencia, entre otros; son pocos los trabajos que engloban variables como antecedentes personales y/o familiares de enfermedades psiquiátricas y condiciones laborales. Factores que también podrían influir sobre los residentes. A nivel nacional no se ha encontrado, dentro de la bibliografía revisada, algún trabajo de investigación que contenga dichas variables. Este trabajo servirá de antecedente para próximas investigaciones. Del mismo modo, permitirá al personal médico administrativo tomar acciones que permitan a los residentes llevar una vida laboral y académica más saludable. Asimismo, permitirá al médico residente conocer si padece de depresión, para que busque ayuda profesional y desarrolle estrategias que le permitan afrontarla positivamente.

3. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la relación entre factores sociodemográficos, condiciones laborales, antecedentes personales/familiares y la presencia de depresión en residentes de medicina de un hospital del MINSA de Lima metropolitana en el periodo 2018.

Objetivos Específicos

Identificar la relación entre características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, composición familiar) y la depresión en los residentes de medicina de un hospital del MINSA de Lima Metropolitana, en el periodo 2018.

Determinar la relación entre antecedentes personales (hábitos nocivos, hábitos de sueño, uso del tiempo libre, antecedentes psiquiátricos) y la depresión en residentes de medicina de un hospital del MINSA de Lima Metropolitana, en el periodo 2018.

Determinar la relación entre las condiciones laborales (año de estudio, especialidad, horas laborales, número de guardias, horas de sueño, condiciones físicas laborales) y la depresión en residentes de medicina de un hospital del MINSA de Lima Metropolitana, en el periodo 2018.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

- a) **Diseño del estudio.** El trabajo será de enfoque cuantitativo porque utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías. De diseño no experimental, ya que no se manipula deliberadamente la variable de estudio, solo se observa el fenómeno tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlo. De tipo correlacional, porque permite establecer la relación entre dos o más variables y de corte transversal, por la recolección de datos en un momento único (13).
- b) **Población.** Todos los residentes de medicina de Lima metropolitana.
- c) **Muestra.** El tipo de muestreo será no probabilístico y de carácter intencional o discrecional.

Criterios de inclusión:

- Médicos residentes de medicina
- Médicos que firmen el consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Médicos que no pertenezcan al hospital.
- Médicos que se encuentren de vacaciones
- Médicos que se encuentren de descanso

	concentración (16).	depresión grave.		<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad de concentración - Cansancio o fatiga - Pérdida de interés en el sexo 	
Condiciones Laborales	Se refiere a cualquier característica a del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores .	Será medido con un cuestionario de alternativas múltiples.		<ul style="list-style-type: none"> - Especialidad - Año de residencia - Horas laborales por día/semana - Número de guardias - Condiciones físicas laborales - Rotación actual 	
Antecedentes personales/familiares	Se refieren a antecedentes de diferentes patologías mentales, modo de vida y características de la persona. Constituye la historia de enfermedades mentales familiares en las que se incluyen entidades con tendencia a ser hereditarias.	Será medido con un cuestionario de alternativas múltiples.		<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes personales de enfermedad psiquiátrica - Antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica - Consumo de alcohol - Consumo de tabaco - Uso del tiempo libre 	

e) Procedimientos y técnicas.

Para medir la variable depresión, se utilizará el Inventario de Depresión de Beck (IDB). Se trata de una escala de autoevaluación de depresión, introducida, en 1971, en el Centro de Terapia Cognitiva (Center for Cognitive Therapy– CCT) de la Escuela de Medicina de la Universidad de Pensilvania. El IDB ha sido muy utilizado para la evaluación de cogniciones asociadas a la depresión en pacientes psiquiátricos y en poblaciones normales, siendo uno de los más aceptados para evaluar la intensidad de la depresión. Además de eso, el IDB se muestra confiable, independiente de la cultura, nivel socioeconómico, escolaridad, edad, estado civil y ocupación del cónyuge.

El IDB consta de 21 ítems, incluyendo síntomas y actitudes, cada uno con cuatro afirmaciones en grados de intensidad de 0 a 3, que son graduadas, para que pueda ser reflejada la gravedad del síntoma de neutro (0) hasta la intensidad máxima (3), y las puntuaciones pueden variar de 0 a 63. Los ítems del IDB se refieren a la tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, falta de satisfacción, sensación de culpa, sensación de punición, autoacusaciones, ideas suicidas, crisis de llanto, irritabilidad, retracción social, indecisión, distorsión de la imagen corporal, inhibición para el trabajo, disturbio del sueño, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y disminución de la libido, siendo la nota de corte dependiente de la naturaleza de la muestra y de los objetivos del estudio.

La escala de calificación comprende: >10 = sin depresión o depresión mínima; de 10 a 18 = depresión de leve a moderada; de 19 a 29 = depresión de moderada a grave; de 30 a 63 = depresión grave.

Al ser un cuestionario internacional, será sometido a los criterios de validez y confiabilidad que asegurarán su reproducibilidad a nivel nacional, para lo cual se aplicará una prueba piloto con 30 médicos del hospital.

Para la variable factores sociodemográficos, se aplicará también, un cuestionario que constará de 05 preguntas referentes al sexo, edad, estado civil, composición familiar y religión.

Para la variable antecedentes personales/familiares, se aplicará también, un cuestionario que constará de 07 preguntas, referentes a hábitos nocivos (tabaco/alcohol), antecedentes personales y familiares de enfermedades psiquiátricas.

Para la variable condiciones laborales, se aplicará también, un cuestionario que constará de 10 preguntas, referentes a especialidad, rotación actual, horas de trabajo, número de guardias.

f) Aspectos éticos del estudio.

El proyecto para su ejecución debe ser previamente aprobado por la comisión de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Ya que el proyecto se realizará con seres humanos, éste se regirá por los principios y lineamientos de la Declaración de Helsinki. Se solicitará consentimiento informado para participar de dicho proyecto por parte de los médicos residentes voluntarios, el cual se encontrará en los anexos.

g) Plan de análisis.

Para el análisis estadístico, los datos serán codificados e introducidos en una matriz creada en el programa estadístico STATA.

Para describir las variables de estudio se utilizará tablas de distribución de frecuencia. Para determinar la relación entre la relación entre ambas variables se usará la prueba estadística Chi- cuadrado, según el análisis preliminar de los datos.

5. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Plata Guarneros M, Flores Cabrera L, Curiel Hernández O, Juárez Ocaña J, Rosas Barrientos J. Depresión y ansiedad en la residencia médica. *Rev Espec Médico-Quirúrgicas* [Internet]. 2011 [citado 2018 Jul 25];16(3):157–62. Disponible en: www.nietoeditores.com.mx
2. Joules N, Williams DM, Thompson AW. Depression in Resident Physicians: A Systematic Review. *Open J Depress* [Internet]. 2014 Aug 8 [citado 2018 Jul 25];3(3):89–100. Disponible en: <http://www.scirp.org/journal/doi.aspx?DOI=10.4236/ojd.2014.33013>
3. Saldaña Ibarra O, López Ozuna V. Prevalencia de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades. Secretaría de Salud del Distrito Federal. *Evid Médica e Investig en Salud* [Internet]. 2014 [citado 2018 Jul 25];7(4):170–8. Disponible en: www.medigraphic.org.mx
4. Velásquez-Pérez L, Colin-Piana R, González-González M, Velasco Suárez M, Neurocirugía Y. Afrontando la residencia médica: depresión y burnout. *Gac Med Mex* [Internet]. 2013 [citado 2018 Jul 25];149:183–95. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n2/GMM_149_2013_2_183-195.pdf
5. Quispe Erasmo LS. Prevalencia de ansiedad y depresión en personal de salud en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Diciembre 2017 [Internet]. Repositorio Universidad Privada San Juan Bautista. 80; 2018 [citado 2018 Jul 26]. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1467>
6. Maldonado Melgar M. Ansiedad y depresión en el personal de salud del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017 [Internet]. Universidad Nacional del Centro del Perú. 2017 [citado 2018 Jul 26]. Disponible en: http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNCP_d4462cbc7a12940f054e7e242656779e/Description#tabnav
7. Aguirre Hernández R, Fernando J, Flores L, Carmina R, Flores F. Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas [Internet]. Vol. 3, *Revista Fuente Año*. 2011 [citado 2018 Jul 26]. Disponible en: <http://fuente.uan.edu.mx/publicaciones/03-08/5.pdf>
8. Erdur B, Ergin A, Turkcuer I, Parlak I, Ergin N, Boz B. A study of depression and anxiety among doctors working in emergency units in Denizli, Turkey. *Emerg Med J* [Internet]. 2006 Oct 1 [citado 2018 Jul 25];23(10):759–63. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16988301>
9. Rosales Juseppe J, Gallardo Contreras R, Conde Mercado J. Prevalencia de Episodio Depresivo en los Médicos Residentes del Hospital Juárez de México. *Rev Espec*

- Médico-Quirúrgicas [Internet]. 2015 [citado 2018 Jul 25];10(1):25–36. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47310105.pdf>
10. Reuben DB. Depressive symptoms in medical house officers. Effects of level of training and work rotation. Arch Intern Med [Internet]. 1985 Feb [citado 2018 Jul 25];145(2):286–8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3977488>
 11. Revicki DA, Gallery ME, Whitley TW, Allison EJ. Impact of work environment characteristics on work-related stress and depression in emergency medicine residents: A longitudinal study. J Community Appl Soc Psychol [Internet]. 1993 Nov [citado 2018 Jul 25];3(4):273–84. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/casp.2450030405>
 12. Goebert D, Thompson D, Takeshita J, Beach C, Bryson P, Ephgrave K, et al. Depressive Symptoms in Medical Students and Residents: A Multischool Study. Acad Med [Internet]. 2009 Feb [citado 2018 Jul 25];84(2):236–41. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19174678>
 13. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4th ed. Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2006. 407-499 p.
 14. López P. Población, muestra y muestreo. Punto Cero. 2004;9(8):69–74.
 15. Tizón García JL. A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. Atención Primaria [Internet]. 2007 Feb [citado 2018 Jul 27];39(2):93–7. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656707708466>
 16. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017 [cited 2018 Jul 27]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
 17. Consejo y Chapela, C. and Viesca Treviño, C. (2005). Ética y poder: formación de residentes e internos. Revista Médica del IMSS, [Internet] [Citado 7 Jul. 2018]. (43), pp.1-3. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im051a.pdf>

6. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

6.1 Presupuesto

Detalle	Unidad Medida	Costo Unitario	Cantidad	Costo
<i>Recursos Humanos</i>				
- Asesor lingüista	Asesor	200.00	1	200.00
- Asesor estadístico	Asesor	300.00	1	300.00

- Asistentes	Asistentes	100.00	4	600.00
<i>Equipos</i>				
- Alquiler de laptop	Unidad	300.00	1	300.00
<i>Materiales</i>				
- Fotocopias / Impresiones	Copia	0.10	500	50.00
- Lapiceros	Unidad	1.00	30	30.00
- Papel	Millar	30.00	1	30.00
- Plumones	Unidad	5.00	5	25.00
<i>Viáticos y movilidad local</i>				
- Pasajes	Unidad	5.00	50	500.00
Total				2035.00

6.2 Cronograma

Actividad	Junio				Julio				Agosto				Setiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Elaboración del proyecto de investigación							x	x	x																							
Inscripción del proyecto a la UPCH																																
Gestión de la autorización de aplicación de instrumentos por la UPCH																																
Presentación del proyecto en mesa de partes del Hospital																																
Gestión de la autorización para la aplicación del instrumento en el Hospital																																
Identificación de residentes de medicina.																																
Aplicación del cuestionario																																
Tabulación de datos																																

Análisis e interpretación de resultados	x	x				
Aprobación del trabajo de investigación para sustentación			x	x		
Sustentación del trabajo de investigación					x	
Presentación de informe Final						x x x x

7. ANEXOS

Inventario de Depresión de Beck

Nombre: **Estado Civil:**

Edad: **Sexo:** **Fecha:** **Religión:**

Año de Residencia: **Rotación Actual:**

Hospital de Residencia:

Especialidad:

¿Cuántas horas duerme por día y/o semana?

¿Cuántas horas de recreación tiene por día y/o semana?

¿Cuántas guardias hace a la semana/mes?

¿Cuántas horas trabaja al día/semana?.....

¿Le parece excesiva la carga de trabajo? Si..... No.....

¿Considera suficiente el tiempo que le otorga a la atención de cada paciente?

Si..... No

¿Considera adecuado el lugar donde atiende a los pacientes? Si.....No.....

¿Considera que cuenta con los medios adecuados para atender a los pacientes?

Si..... No.....

¿Considera que forma parte de un equipo de trabajo? Si..... No

¿Tiene o ha tenido algún familiar con diagnóstico de depresión?

Si..... No.....

¿Qué Familiar?

¿Alguna vez ha sido diagnosticado de depresión? Si..... No

¿Cuándo? **¿Recibió tratamiento?** **¿Cual?**

¿Consume alcohol? Si..... No..... **¿Desde qué edad?**

¿Con qué frecuencia a la semana?

¿Fuma? Si No **¿Desde qué edad?**

¿Con qué frecuencia a la semana (número de cigarrillos/día)?

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

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

3. Fracaso

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

4. Pérdida de Placer

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

5. Sentimientos de Culpa

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

6. Sentimientos de Castigo

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

7. Disconformidad con uno mismo.

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

8. Autocrítica

- 0. No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2. Me critico a mí mismo por todos mis errores
3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

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

10. Llanto

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

11. Agitación

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

12. Pérdida de Interés

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

13. Indecisión

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

14. Desvalorización

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

15. Pérdida de Energía

0. Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0. No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1. Estoy más irritable que lo habitual.
- 2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3. Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

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

19. Dificultad de Concentración

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

20. Cansancio o Fatiga

- 0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3. He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: _____