

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA- UNAN – LEÓN
FACUTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE PSICOLOGÍA



TESIS

Para optar al título de Licenciada en Psicología

TÍTULO

Nivel de depresión y calidad de vida en salud de los pacientes diagnosticados con cáncer prostático en el departamento patología Hospital Dr. Oscar Danilo Rosales (HEODRA), León 2008 - 2009.

Autoras: Bra. María Elena Corea Paguaga
Bra. Gloria María Morales Moreno

Tutora: Lic. María Isabel Caballero

Asesor: Dr. Alberto Berríos Ballesteros

León 09 del 2009

“A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD”

ÍNDICE

CONTENIDOS	PÁGINAS
Agradecimiento y Dedicatoria	
Resumen	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
III. OBJETIVOS	4
IV. MARCO TEÓRICO	5
V. DISEÑO METODOLÓGICO	16
VI. RESULTADOS	23
VII. DISCUSIÓN	26
VIII. CONCLUSIONES	27
IX. RECOMENDACIONES	28
X. REFERENCIAS	29
XI. ANEXOS	31

Consentimiento Informado.
Cuestionario SF-36.
Inventario de Depresión de Beck.

Agradecimientos Y Dedicatoria

A Dios, nuestro Señor, por darnos vida, fuerza y guiarnos hacia el camino de la salvación y la felicidad. A nuestro Señor Jesucristo por darnos fortaleza y por ser el amigo que siempre hemos necesitado.

A nuestra familia, por el amor que nos une, y por el apoyo constante que nos han brindado durante la vida y nuestros estudios.

A Carlos Muñoz e Isaac López por brindarnos todo su amor, compañía, fortaleza y amistad, que nos han motivado a seguir adelante en los estudios y en la vida, esperando seguir compartiendo a su lado las dificultades y alegrías que vengan por delante.

A nuestros maestros, que pusieron una parte de su vida en nuestra enseñanza.

A todos los pacientes, que han puesto en nosotros su confianza en beneficio de su salud.

RESUMEN

Describir el Nivel depresivo y calidad de vida en salud de los pacientes con diagnóstico de cáncer prostático, registrados en el departamento de patología (HEODRA LEON) 2008-2009.

El tipo de estudio es de serie de casos descriptivo. La población es el total de pacientes diagnosticados con cáncer prostático durante 2005-2008 (n=30) a través del departamento de patología del HEODRA. La muestra fue de 17 pacientes, que cumplían con los criterios de inclusión.

La mayoría de los pacientes tenían entre 61-70 años, casados, con escolaridad primaria, católicos y desempleados. Entre los principales resultados que se obtuvieron la mayoría de los pacientes demostraron tener diferentes niveles de depresión predominando el Nivel leve, donde todos resultaron con baja calidad de vida.

Tanto el Nivel de depresión como la calidad de vida de los pacientes estaban estrechamente relacionados, ya que el Nivel depresivo de estos pacientes está en dependencia de la calidad de vida que ellos tienen.

I. INTRODUCCION

El ser humano se concibe como un ser global, integrado por componentes biológicos y psicológicos, en interacción constante con el entorno en el cual está inmerso.

La Organización Mundial de la Salud (**O.M.S.** 1956) define el concepto de salud como: "El estado de completo bienestar físico, psicológico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad"⁽¹⁾.

La Calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.⁽¹⁾

En los últimos años han aumentado considerablemente los casos de cáncer de próstata en el anciano. La mejora en las técnicas analíticas y radiológicas para su detección ha hecho que se optimice el diagnóstico.

Es en la población anciana donde con mayor frecuencia se diagnostica esta enfermedad. ⁽⁴⁾

Por definición, el cáncer de próstata es un tumor maligno que se inicia en la glándula prostática de los hombres. Es el cáncer mas frecuente y la segunda causa de muerte por cáncer en hombres. El riesgo de desarrollar cáncer de próstata es de alrededor del 10% en varones entre 60 y 90 años. Aproximadamente el 80% de los varones más de 50 años presentan focos microscópicos de cáncer. ⁽⁷⁾

Se calcula que, en los Estados Unidos, en 2007, se produjeron unas 27,050 muertes a causa de esta enfermedad. Más del 90% de todos los casos de cáncer de próstata se descubren cuando la enfermedad aparentemente se limita a la próstata y los órganos vecinos. En estos casos, se espera que casi el 100% de los pacientes vivan al menos cinco años a partir del diagnóstico. La tasa de supervivencia relativa a cinco años, en todos los estadios del cáncer de próstata asciende al 99%. Las tasas de supervivencia relativa a los 10 años y 15 años son 93% y 77%, respectivamente ⁽⁵⁾.

En España, el cáncer de próstata ha aumentado su incidencia en los últimos años, hasta alcanzar el tercer lugar junto con el de vejiga, y después del de pulmón y el colorrectal. Al año se diagnostican unos 45 casos por 100.000 habitantes y, según la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC, siglas en inglés), unos 9.300 pacientes desarrollan anualmente metástasis óseas. Este tipo de tumor afecta fundamentalmente a hombres de edad avanzada, de modo que menos del 1% de casos se diagnostican a menores de 50 años y el 75% a mayores de 65. Más del 50% de los pacientes presentan metástasis a distancia en el momento del diagnóstico.

La pérdida de movilidad para las tareas diarias y el cuidado de la higiene personal son los principales factores que empeoran el estado de ánimo. (17).

La escasez de las investigaciones realizadas en el ámbito psicológico de este tema es limitada y no se refiere a población Nicaragüense.

Sin embargo, motivados por el aumento del número de pacientes, es razón justificada para iniciar un estudio de base para su conocimiento, no menos importante nos proponemos relacionar esta con la calidad de vida, que será una estrategia fundamental en el desarrollo de una propuesta de abordaje integral.

Por lo tanto, esperamos que toda esta información sea de mucha utilidad para todas las personas interesadas en el tema, como guía de estudios posteriores.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el Nivel de depresión y calidad de vida en salud que presentan los pacientes que fueron diagnosticados con cáncer prostático en el departamento patología Hospital Dr. Oscar Danilo Rosales (HEODRA), León 2008 - 2009?.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Describir el Nivel de Depresión y Calidad de Vida en salud en los pacientes con diagnóstico de cáncer prostático, registrados en el departamento de patología HEODRA LEON) 2008-2009.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Caracterizar demográficamente la población en estudio.
- Identificar el Nivel de Depresión en los pacientes con cáncer en la próstata.
- Determinar la Calidad de Vida en salud en los pacientes con cáncer de próstata.
- Relacionar el Nivel depresivo con la calidad de vida en salud de los pacientes.

IV. MARCO TEÓRICO.

La próstata es una glándula del tamaño de una nuez que se encuentra detrás de la base del pene, frente al recto y debajo de la vejiga. Rodea la uretra, un conducto parecido a un tubo que transporta orina y semen a través del pene. La función principal de la próstata es producir líquido seminal, el líquido en el semen que protege, mantiene y ayuda a transportar el esperma.

Por definición, el cáncer de próstata es un tumor maligno que afecta a los hombres ⁽⁵⁾.

El riesgo de desarrollar cáncer de próstata es de alrededor del 10 % en varones entre 60 y 90 años. Aproximadamente el 80 % de los varones de más de 50 años presentan focos microscópicos de cáncer ⁽⁷⁾.

1. Depresión y Cáncer.

A lo largo de la historia la psiquiatría, la forma de conceptualizar los trastornos depresivos secundarios a enfermedades médicas ha sido uno de los problemas más confusos y cambiantes. Fue en 1967 donde se definió el concepto de depresión secundaria a enfermedad médica, entendiéndose por tal aquella alteración del estado de ánimo que seguía en curso paralelo y se juzgaba que existía una relación causal. En los últimos años la psiquiatría se ha extendido para entender al enfermo y la enfermedad desde un punto de vista holístico, que integra las necesidades biológicas, psicológicas y sociales.

La incidencia de la depresión es del 10% y la prevalencia es del 15%, en la mujer es mayor del 25%; la depresión es dos veces mayor en las mujeres que en los hombres, la edad media de inicio de la depresión es de cuarenta años, el 50% de los pacientes se inicia entre los veinte y los cincuenta años; el trastorno depresivo se observa más frecuentemente en personas que no tienen relaciones interpersonales íntimas o que están separadas o divorciadas ⁽⁹⁾.

A pesar de la frecuencia con la que se producen trastornos del estado del ánimo en enfermos con cáncer, los síntomas depresivos generalmente pasan desapercibidos en estos pacientes y, consecuentemente, no reciben el tratamiento adecuado. Esto se debe a varios factores: en primer lugar, con frecuencia se tiende a considerar erróneamente que es “normal” estar deprimido cuando se padece una enfermedad debilitante, crónica y grave que potencialmente amenaza la vida del paciente. Raro es el enfermo que no experimenta tristeza, desesperanza o sentimientos de inutilidad, alteraciones del sueño, del apetito o del peso durante su paso por la enfermedad oncológica. A menudo es el mismo enfermo quien se niega a reconocer sentimientos de tristeza, preguntándose si su reacción es normal. En segundo lugar, el diagnóstico de una depresión en el enfermo con cáncer es difícil de confirmar debido a que muchos de los síntomas de la depresión, los síntomas neurovegetativos (anorexia, insomnio, cansancio, etc.) también pueden ser debidos a la enfermedad misma o a sus tratamientos. A esto se añade la falta de formación de los profesionales de la oncología en la detección y tratamiento de las alteraciones psicológicas y psiquiátricas, lo que conduce a dificultades diagnósticas y de tratamiento. No es poco frecuente encontrar a pacientes deprimidos tratados con ansiolíticos, en lugar de antidepresivos. (6)

El impacto psicológico producido por el diagnóstico de una enfermedad y la poca certeza de su etiología y posibles tratamientos, desestabiliza emocionalmente al paciente y a su contexto generando muchas veces dificultades en la aceptación y el manejo de la nueva situación.

2. Síndrome Depresivo: Las personas que lo padecen sufren de un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción del nivel de su actividad y un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. Los síntomas en el plano psíquico se caracterizan por tristeza, desmoralización, pérdida de la autoestima, desinterés; y el plano somático se expresa con astenia, postración, hipo actividad, anorexia, pérdida de peso, alteración del sueño, etc. (9)

Generalmente, la respuesta emocional que inicialmente muestra el paciente ante el diagnóstico de cáncer, suele ser breve con una duración de varios días o semanas, y puede incluir sentimientos de incredulidad, rechazo o desesperación. Esta respuesta es normal y parte de un espectro de síntomas depresivos que van desde la tristeza normal, a un trastorno de adaptación de humor deprimido, hasta una depresión grave. Otros de los síntomas descritos incluyen la distimia y la depresión subsíndrome (también conocida como depresión menor o depresión subclínica). La distimia es un trastorno afectivo crónico durante el cual la persona se siente desanimada casi todos los días durante al menos dos años. En contraste, la depresión subsíndrome es un trastorno de la afectividad agudo, pero menos severo (en esta se presentan algunos, pero no todos los síntomas del diagnóstico) de una depresión mayor.

Existen muchos mitos acerca del cáncer y de la forma en que la gente le hace frente, tal como: todos los pacientes con cáncer se deprimen; la depresión en un paciente con cáncer es normal, a toda persona con cáncer le espera el sufrimiento y una muerte dolorosa. Sin embargo, las personas y las familias que se enfrentan a un diagnóstico de cáncer experimentan diversos niveles de estrés y de perturbación emocional. El temor a la muerte, la alteración de los planes de vida, los cambios en la imagen del propio cuerpo y la dignidad propia, los cambios en la función social y en el estilo de vida, así como las preocupaciones económicas y legales son asuntos importantes en la vida de cualquier paciente con cáncer y todavía así, no todos los pacientes experimentan depresión grave.

El diagnóstico de depresión en personas con cáncer puede ser difícil debido a los problemas inherentes a la posibilidad de distinguir entre los síntomas biológicos o físicos de la depresión y los síntomas de enfermedad misma o de los efectos tóxicos secundarios del tratamiento. Esto es especialmente válido en los individuos que reciben tratamiento activo o los que tienen enfermedad avanzada. Los síntomas cognoscitivos, tales como; culpa, inutilidad, desesperanza, pensamiento de suicidio y la falta de gusto en las actividades cotidianas, son probablemente los más útiles en el diagnóstico de depresión en las personas con cáncer ⁽¹⁰⁾.

Es importante entender que más del 90% de los pacientes indican que prefieren platicar con sus médicos sobre sus asuntos emocionales, pero más de una cuarta parte de estos piensan que es al médico a quien le corresponde iniciar esta conversación. Los pensamientos suicidas, cuando se presentan, tienden a atemorizar al individuo, a su médico y a la familia. Las expresiones suicidas pueden ir desde un comentario casual que resulte de la frustración o disgusto con el curso del tratamiento: “si tengo que someterme a una aspiración de médula ósea una vez más en este año, saltaré por la ventana”, hasta una reflexión de desesperación considerable y una situación emergente:” ya no puedo soportar lo que esta enfermedad nos está haciendo a todos nosotros y me voy a matar”. Es de suma importancia explorar la seriedad de los pensamientos. Si se determina que los pensamientos suicidas son serios, se deberá establecer contacto con un psiquiatra o psicólogo inmediatamente y se deberá poner atención en la seguridad del paciente.

La relación entre la depresión y las enfermedades no transmisibles, que no tienen cura y que pueden presentar complicaciones a corto y largo plazo debe ser considerado desde tres puntos de vista ⁽¹⁰⁾

A. Como posibles causa de los síntomas somáticos que presentan los pacientes: Aquí la alteración del estado de ánimo no se expresa a través de los síntomas psiquiátricos como tristeza, labilidad afectiva o ideación suicida, si no a partir de alteraciones fisiológicas tales como anorexia, astenia, mialgias, cefaleas tensionales, insomnios, pérdida o ganancia de peso, que ceden con el tratamiento antidepressivo, esto se conoce como depresiones enmascaradas y son más frecuentes en la práctica clínicas de los que se supone los médicos no-psiquiatra.

B. Como trastorno psiquiátrico asociado a resultante de otra enfermedad no transmisible: En estos casos los estados depresivos aparecen como consecuencia del diagnóstico, la acción patológica o el tratamiento de algún otro trastorno o enfermedad somática. Se calcula que la prevalencia es del 10 al 14% entre los pacientes hospitalizados por cualquier causa y del 9 al 15% en los pacientes ambulatorios que asisten por enfermedades crónicas; aún, se cree que existe un subregistro ya que la depresión habitualmente se subdiagnóstica. La relación entre los síntomas depresivos y

las enfermedades no transmisibles a las que se asocian no siempre es fácil de determinar. Se cree que la depresión puede ser un efecto nervioso central de la enfermedad sistémica o una respuesta desadaptada ante la cognición de una enfermedad somática como agente estresante. Al margen de los efectos biológicos de la enfermedad somática sobre el sistema nervioso central, los estados depresivos también pueden presentarse como efecto secundario de los tratamientos que el paciente recibe.

C. Como factor que condiciona la evolución de la enfermedad no transmisible: Los estados depresivos comprometen la evolución de la enfermedad médica o influyen en su tratamiento eficaz, de manera que han de tenerse en cuenta a la hora de establecer pronóstico. ⁽⁹⁾

3. Factores de riesgo de la depresión en personas con cáncer

3.1 Factores de riesgo relacionados con el cáncer:

1. Depresión en el momento del diagnóstico del cáncer.
2. Deficiencia para controlar el dolor.
3. Estadio avanzado del cáncer.
4. Deterioro físico creciente o molestia.
5. Cáncer de páncreas.
6. Ser soltero y padecer de cáncer de cuello o cabeza.

Tratamiento con ciertos fármacos quimioterapéuticos

- Corticosteroides.
- Procarbacin.
- L-Asparaginasa.
- Interferón –alfa.
- Interleucina-2.

Anfotericina

3.2 Factores de riesgo sin relación con el cáncer:

- Antecedentes de depresión:
 - Dos o más episodios en la vida.
 - El primer episodio en los primeros o últimos años de vida.

- Falta de apoyo familiar.
- Elementos adicionales de tensión concurrentes.
- Antecedentes familiares de depresión o suicidio.
- Intentos suicidas anteriores.
- Antecedentes de alcoholismo o drogadicción.
- Enfermedades concurrentes que producen síntomas depresivos (como derrame cerebral o infarto al miocardio).
- Tratamiento previo debido a trastornos psicológicos.

3.4 Posibles causas médicas de la depresión en pacientes con cáncer:

- Dolor incontrolado.
- Anomalías metabólicas:
 - Hipercalcemia.
 - Desequilibrio de sodio y potasio.
 - Anemia.
 - Deficiencia de vitamina B12 o folato.
 - Fiebre.
- Anomalías endocrinas
 - Hipertiroidismo/hipotiroidismo.
 - Insuficiencia suprarrenal
- Medicaciones:
 - Esteroides.
 - Citocinas endógenas y Exógenas como el interferón alfa y la Aldesleucina (Interleucina – 2, IL -2).
 - Metildopa.
 - Reserpina.
 - Barbitúricos
 - Propanolol.
 - Algunos antibióticos (por ejemplo, Anfotericina B).
 - Algunos fármacos quimioterapéuticos.

4. Factores de riesgo de suicidio en la población con cáncer:

4.1 Factores generales de riesgo:

1. Antecedentes de trastornos psiquiátricos anteriores, específicamente los relacionados con un comportamiento impulsivo (por ejemplo, trastornos indeterminados de la personalidad).
2. Antecedentes de suicidios en la familia.
3. Antecedentes de intentos previos de suicidios.
4. Depresión.
5. Abuso de drogas.
6. Muerte reciente de un amigo o cónyuge.
7. Escaso apoyo social. ⁽¹¹⁾

La migraña, la obesidad, la depresión o el cáncer, no solo dependen de los factores de riesgo orgánico, la predisposición genética o el estilo de vida más o menos saludable.

La aparición, evolución y pronóstico de muchas dolencias también se relacionan con la situación de la pareja o el matrimonio. A la hora de tratarse y curarse no es lo mismo estar soltero, casado o divorciado. A su vez, la salud repercute en las relaciones.

5. CRITERIOS DIAGNOSTICOS SEGÚN EL CIE 10 Y EL LIBRO DE FUNDAMENTOS DE PSIQUIATRIA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.

La persona que padece de depresión sufre de humor deprimido, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones los siguientes síntomas y signos:

1. La disminución de la atención y concentración.
2. La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
3. Las ideas de culpa y de ser inútil.
4. Una perspectiva sombría del futuro.

5. Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
6. Los trastornos del sueño.
7. La pérdida del apetito. ⁽²⁾

5.1 Criterio “A” (criterios generales).

1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
2. Ausencias de síntomas hipomaniacos o maniacos, suficientes como para haber satisfecho los criterios diagnósticos de episodio hipomaniaco o maniaco en cualquier momento de la vida del individuo.
3. Criterio de exclusión más frecuente usado: el episodio no es atribuible a abusos de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico.

5.2 Criterio de un episodio depresivo leve:

- A.** Se satisfacen los criterios generales del episodio depresivo.

- B.** Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas.
 1. Humor deprimido de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persisten al menos dos semanas.
 2. Marcada pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar actividades que anteriormente eran placenteras.
 3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

- C.** Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas adicionales.
 1. Pérdida de confianza, estimulación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
 2. Reproche hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
 3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
 4. Queja o disminución de capacidad de concentrarse y de pensar, acompañada de falta de decisión y vacilaciones.

5. Cambios de apetitos (aumento o disminución) con la correspondiente modificación del peso.
6. Alteración del sueño de cualquier tipo.

Debe utilizarse un quinto dígito para especificar la presencia de un síndrome somático tal como se define:

Sin síntoma somático.

Con síntoma somático.

5.3 Episodio depresivo moderado:

- A. Se satisfacen los criterios generales del episodio depresivo.
- B. Presencia de al menos dos de los tres síntomas del criterio B.
- C. Síntomas adicionales del criterio C hasta completar en total al menos seis.

Deben usarse un quinto dígito para especificar la presencia del síndrome somático tal como se define:

Sin síntomas somático.

Con síntoma somático.

5.4 Episodio depresivo grave:

Sin síntomas psicóticos.

- A. Se satisfacen los criterios generales del episodio depresivo.
- B. Presencia de los tres síntomas del criterio B.
- C. Síntomas adicionales del criterio C hasta completar en total al menos ocho.
- D. Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.

Con síntomas psicóticos.

- A. Se satisfacen todos los criterios generales.
- B. Se satisfacen todos los criterios diagnósticos del episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos con la excepción del criterio D.
- C. No se satisfacen los criterios de esquizofrenia ni de trastornos Esquizoafectivos de tipo depresivo, grave o moderado.
- D. Están presentes uno o dos de los siguientes:

1. Alucinaciones o ideas delirantes que no satisfacen los criterios de ninguno de los grupos de síntomas de esquizofrenia.
2. Estupor depresivo

Se deben utilizar un quinto dígito para especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo:

- Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo por ejemplo, ideas de culpa, de Inhilismo, hipocondriacas, de ruinas o de catástrofe inminentes, alucinaciones auditivas despectivas o condenatorias.
- Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo por ejemplo, ideas delirantes de persecución o autorreferenciales y alucinaciones sin contenido afectivo ⁽²⁾

6. Calidad de Vida.

El concepto calidad ha entrado a formar parte de muchos aspectos de la vida de los individuos y comunidades. Es un valor que ha pasado a ser prioritario en el discurso de muchos sectores de la sociedad, político, comercial, social, económico, sanitario.

Las definiciones actuales ponen de manifiesto criterios que afirman que la calidad de vida se refiere a una evaluación subjetiva del individuo, con dimensiones tanto positivas como negativas, y que está íntimamente relacionada con un contexto cultural, social y ambiental determinado. ⁽¹⁾

En el área personal, los problemas más relevantes son los relativos a la pérdida del estado de salud anterior. Se concretan en el malestar físico y emocional, en el cambio en el estilo de vida, en la pérdida de la independencia y en las alteraciones en el auto concepto y autoestima de la persona.

En el área social, los problemas se relacionan con la pérdida de las relaciones y lazos afectivos. Los más significativos son los cambios en el ámbito laboral, en la utilización del tiempo libre y en las interacciones sociales.

En el área familiar, los problemas más relevantes son los relativos a la pérdida del equilibrio familiar. Se concretan en los cambios en la rutina familiar, en el rol social de la persona enferma y en los problemas de aceptación de la nueva situación de salud por parte de todo el entorno.

La **OMS** ha identificado seis extensas áreas que describen aspectos fundamentales de la calidad de vida en todas las culturas:

1. Un área física (la energía, la fatiga)
2. Un área psicológica (sentimientos positivos)
3. Las creencias personales/espirituales (significado de la vida)
4. Las relaciones sociales (apoyo social práctico)
5. El entorno (la accesibilidad a la asistencia sanitaria)
6. El nivel de independencia (movilidad).

La calidad de vida refleja la percepción que tienen los individuos de que sus necesidades están siendo satisfechas, o bien de que se les están negando oportunidades al alcanzar la felicidad y la autorrealización, con independencia de su estado de salud físico, o de las condiciones sociales y económicas ⁽¹⁾.

La calidad de vida se refiere a la valoración que el sujeto hace, en un momento dado, de su vida completa y considerada como un todo, con referencia no solamente al momento actual, sino también a un pasado más o menos próximo y a un futuro más o menos distante. ⁽¹⁶⁾

V. DISEÑO METODOLOGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo de corte transversal.

5.2. AREA DE ESTUDIO: El Departamento de Patología del Hospital Oscar Danilo Rosales (HEODRA) de la ciudad de León se encuentra ubicado en el área del sótano del mismo.

5.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO: Está formada por todos los pacientes que fueron diagnosticados con cáncer de próstata en el departamento de patología del Hospital Oscar Danilo Rosales (HEODRA), entre Enero 2005 a Junio 2008, siendo un total de 30 Pacientes.

5.4. MUESTRA DE ESTUDIO: 17 pacientes que fueron diagnosticados con cáncer de próstata en el departamento de patología del **HEODRA**, tomando en cuenta las más estrictas normas siguiendo nuestros criterios de inclusión respectivamente y quienes firmaron un consentimiento informado.

5.5 Criterios de inclusión.

1. Pacientes que fueron diagnosticados con cáncer de próstata entre los años Enero 2005 a Junio 2008.
2. Pacientes habitantes del casco urbano de León.
3. Pacientes dispuestos a colaborar con el estudio.
4. Pacientes que estén físicamente aptos para dar respuestas a los instrumentos.

5.6 Tipo de Muestreo: El muestreo fue por conveniencia, debido a que solamente escogimos pacientes habitantes del casco urbano de León y tomamos tres años por lo pequeño de la incidencia de la población consultada en el HEODRA.

6. INSTRUMENTO. Para la realización de esta investigación, se aplicaron dos escalas las cuales tienen un alto grado de fiabilidad y validez como son el Inventario de Depresión de **BECK** y el Cuestionario de Salud **SF-36** a los participantes del estudio.

6.1 CUESTIONARIO DE SALUD SF 36.

Este consta de preguntas con posibles respuestas de selección múltiple y con una sola respuesta; Donde se recopiló información, socio demográfico y la calidad de vida relacionada con la salud.

El **SF-36** fue desarrollado durante el *Medical Outcomes Study (MOS)* para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento. Proporciona un método exhaustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del paciente puntuando respuestas estandarizadas a preguntas estandarizadas. El **SF-36** está diseñado para ser auto-administrado, administrado por teléfono, o administrado durante una entrevista cara a cara con encuestados de 14 o más años de edad. Las puntuaciones de 0 a 100 de las escalas del SF-36 han sido ampliamente utilizadas y gozan de popularidad por la traducción directa de su máximo y su mínimo al mejor y el peor de los estados de salud. Se calcula la suma algebraica del valor final de los ítems dividiendo este valor entre 36; si se obtiene una puntuación de 0-50 indica una baja calidad de vida y de 51-100 indica alta calidad de vida.

En el 96% las escalas superan el estándar propuesto por la fiabilidad, (alfa de Cronbach) de 0,7, El SF-36, conjuntamente con las nuevas versiones desarrolladas, es un instrumento muy adecuado para su uso en investigación y en la práctica clínica.

El **SF-36** fue construido para representar ocho de los conceptos de salud más importantes y da como resultado un perfil de escalas multi-ítem conteniendo de dos a diez ítems cada una, y una medida compuesta de un solo ítem de transición de salud declarada que no se utiliza para puntuar ninguna de las ocho escalas multi-ítem.

Originalmente desarrollado para su uso en los Estados Unidos, el **SF-36** ha sido traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto

International Quality of Life Assessment (IQOLA) (Evaluación internacional de la calidad de vida) (Aaronson y cols., 1992; Ware y cols., 1994).

Está estructurado por ocho acápites;

- **Funcionamiento físico.** Donde se evalúa la salud del individuo que limita una serie de actividades físicas.
- **Rol Físico:** Donde se evalúa la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.
- **Dolor Corporal:** La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.
- **Salud General:** Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
- **Vitalidad:** Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
- **Funcionamiento social.** Se evalúa el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
- **Rol Emocional:** Donde se evalúa el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
- **Salud Mental:** Salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general. ⁽¹⁶⁾.

6.2. INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK.

Se aplicó el inventario de Depresión de Beck (**BDI**), versión en español que fue validado en Argentina y México para realizar evaluaciones en grupos hispanos, es uno de los instrumentos más empleados para la evaluación de los síntomas depresivos en adolescentes y adultos y se escoge ésta porque abarca aspecto cognitivo, incluye 21 reactivos de síntomas de la depresión y cada reactivo consiste en un grupo de cuatro afirmaciones. Refleja la severidad de malestar producido por los síntomas depresivos y

se califican sumando los 21 reactivos, si se obtiene una puntuación media en el **BDI** de 10,9 puntos indica depresión ausente o mínima; una puntuación media de 18,7 indica depresión leve; una puntuación media de 25,4 indica depresión moderada y si obtiene una puntuación media de 30 puntos indica depresión grave. La aplicación de la escala dura unos 5 a 8 minutos. Es un instrumento que presenta buena fiabilidad, validez y sensibilidad para detectar la depresión, tiene ventaja de que no está influida por la sintomatología física.

Es dentro de las escalas de depresión, la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck. Este Inventario de depresión de Beck ha sido adaptado y validado al castellano por Conde y Useros. (15)

7. Procedimientos para la recolección de la información.

Primeramente se solicitó la autorización del estudio al director del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales (**HEODRA**) a quien se le explicó los objetivos de la investigación, una vez autorizado el estudio solicitamos al departamento de patología revisar los expedientes para seleccionar los casos que cumplieron con los criterios de inclusión respectivamente, a continuación realizamos un censo para organizar la información recopilada de este departamento.

Posteriormente se procedió a la primera visita domiciliar a cada uno de los pacientes para verificar el domicilio y solicitar su participación en el estudio mediante un consentimiento informado por escrito, el cual firmaron él y un testigo o familiar que encargado del cuidado del paciente, en esta verificación hubo una disminución de la muestra del estudio, ya que del total de la misma 8 de los pacientes habían fallecido, 3 habían hecho cambio de domicilio y 2 no aceptaron participar en el estudio, reduciéndose la muestra a 17 pacientes.

Por último se hizo una segunda visita para aplicación de ambos instrumentos como es el inventario de depresión de **Beck**, diseñado para determinar el nivel de depresión y el cuestionario **SF 36**, este último diseñado para determinar la calidad de vida de los pacientes.

8. CONTROL DE SEGOS

Posibles sesgos.	Soluciones de los posibles sesgos.
Poca comprensión de las preguntas establecidas en los instrumentos de investigación	Explicación de los instrumentos antes de su aplicación. Para aclarar cualquier duda que tenga el encuestado.
Cambio de domicilio.	Investigar la dirección del nuevo domicilio.
Poca destreza en la Aplicación	Entrenamiento del cuerpo investigativo.

9. FUENTE DE LOS DATOS:

9.1 Primaria: Se obtuvieron de la aplicación de los instrumentos a los pacientes en estudio: Test para medir depresión de **Beck** y Cuestionario de salud **SF-36**.

9.2 Secundaria: Consulta en los registros del departamento de patología del Hospital Oscar Danilo Rosales (**HEODRA**), para ubicación de los pacientes.

10. PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS: Los datos fueron analizados por frecuencia absoluta y frecuencia porcentual, a través del programa estadístico **SPSS** versión 16. Y los resultados se presentaran por medio de tablas, para su mejor comprensión.

11. CONSIDERACIONES ETICAS.

Se tomaran en cuenta algunos de los criterios científicos de la declaración de Helsinki como:

1. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio, y de revocar en todo momento su consentimiento informado otorgado libremente preferiblemente por escrito.

2. Cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y las molestias que el estudio podría acarrear.
3. Mantener el respeto hacia los diferentes participantes incluidos en la investigación, evitando la emisión de juicios o críticas por parte del equipo investigador.
4. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física – mental y su personalidad.
5. Los psicólogos deben usar un lenguaje razonablemente comprensible a fin de obtener su consentimiento informado.
6. Las investigadoras deben mantener la mayor confidencialidad, pues resulta difícil predecir como interpretarían o utilizarían otros la respuesta de la gente.
7. Respetar el anonimato del participante.
8. Honestidad con los resultados que se obtengan.
9. Todos los pacientes que acepten participar en el estudio deberán firmar un consentimiento informado juntamente con un testigo y las investigadoras.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADORES
Edad	Dato cronológico para determinar el estadio por el que cruza la persona	60-69 70-79 80-89
Estado civil	Condición de una persona en cuanto a las relaciones de familia nacimiento, filiación, matrimonio u defunción.	Soltero Viudo Divorciado Casado Unión de hecho estable
Escolaridad	Nivel educativo	Sin Estudios Primaria Secundaria Técnico Universidad.
Religión	Conjuntos de creencias o dogmas acerca de la divinidad.	Católicos Evangélicos Otros
Ocupación.	Actividades del quehacer diario.	Empleado Desempleado
Nivel de Depresión	Severidad de los síntomas depresivos que el paciente manifieste.	Depresión ausente. Depresión leve. Depresión Moderada. Depresión grave
Calidad de vida en salud	Persepción del individuo sobre sus condiciones de vida en la salud.	Funcionamiento físico. Rol Físico. Dolor Corporal. Salud General. Vitalidad. Funcionamiento social. Rol Emocional. Salud Mental.

VI. RESULTADOS

Las principales características socio-demográficas fueron: edades entre 61-70 años 52.9% mayoritariamente y en menor proporción de 50-60 años 11.8%; de religión católica 58.8% y evangélica 29.5%. Un 41.1% eran casados y un 29.5% habían enviudado, con escolaridad primaria 70.6% y sin estudios 17.6%. Todos los sujetos estaban desempleados.

Tabla 1. Datos Socio-demográficos de los pacientes con diagnóstico de Ca. de próstata

Variables	Escala	F	%	Total F	Total %
Edad	50-60	2	11.8	17	100
	61-70	9	52.9		
	71-80	6	35.3		
Religión	Católicos	10	58.8	17	100
	Evangélicos	5	29.5		
	Otros	2	11.8		
Estado civil	Casado	7	41.1	17	100
	Divorciado	2	11.8		
	Viudo	5	29.5		
	unión de hecho estable	3	17.6		
Escolaridad	Primaria	12	70.6	17	100
	Secundaria	2	11.8		
	sin estudios	3	17.6		
Ocupación	Desempleado	17	100	17	100
	Empleado	0	0		

(Fuente Datos generales de los pacientes)

Según el inventario sobre el Nivel depresivo de Beck, encontramos que el 41.2% de los pacientes no presentaron síntomas depresivos, con igual porcentaje se encontraron con síntomas de depresión leve, un 5.9% de los pacientes presentaron depresión moderada y 11.8% depresión grave; tomando en cuenta la suma de los porcentaje de los pacientes con los diferentes niveles depresivo el 58.9% de estos pacientes presentan depresión

Tabla 2. Distribución porcentual del nivel de depresión que presentan los pacientes diagnosticados con cáncer prostático del HEODRA, 2009.

Nivel de depresión	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
Ausencia de depresión	7	41,2
Depresión Leve	7	41,2
Depresión moderada	1	5,9
Depresión Grave	2	11,8
Total	17	100

(Fuente inventario de depresión de Beck)

Con respecto a los resultados obtenidos por medio del cuestionario SF 36 se encontró que el 100% de los pacientes sometidos al estudio tenían una baja calidad de vida en salud.

Tabla 3. Distribución porcentual de la Calidad de Vida en salud que presentan los pacientes diagnosticados con cáncer prostático del HEODRA, 2009.

Calidad de vida en salud	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
Bajo nivel de calidad de vida	17	100
Total	17	100

(Fuente cuestionario de salud SF 36)

Los principales resultados respecto a la relación entre el Nivel depresivo y la calidad de vida de los individuos que se sometieron al estudio fueron; que el 41.2% de los pacientes sin depresión presentaron una baja calidad de vida en salud, los pacientes con depresión leve que son el 41.2% de la población en estudio también tenían una calidad de Vida baja, el 5.9% de los individuos mostraron tener un nivel depresivo moderado con una calidad de vida baja, el 11.8% de los pacientes con depresión grave demostraron tener la misma calidad de vida.

Tabla 4. Distribución porcentual de la relación del Nivel depresivo y la Calidad de Vida en salud que presentan los pacientes diagnosticas con cáncer prostático del HEODRA, 2009.

Nivel depresión	de	Calidad de vida en salud	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
Ausencia depresión	de	Bajo nivel	7	41,2
Depresión Leve		Bajo nivel	7	41,2
Depresión moderada		Bajo nivel	1	5,9
Depresión Grave		Bajo nivel	2	11,8
Total			17	100

(Fuente Relación inventario de depresión de Beck y cuestionario SF 36)

VII. DISCUSIÓN

La mayoría de la población en estudio tienen las edades entre los 61-70 años, casados, con una escolaridad primaria y desempleados, características similares al compararlas con otros estudios donde se estima que el 75% de este rango de edades se diagnostica con mayor frecuencia el cáncer de próstata (13,17)

La mayoría de los pacientes presentaban depresión en diferentes niveles, predominando el nivel leve de depresión, esto según la clasificación del inventario de Beck; y una minoría no presentaba depresión; estos resultados son similares al compararlos con la literatura, donde se dice que el paciente puede presentar una serie de síntomas depresivos que van desde la tristeza normal, a un trastorno de adaptación de humor deprimido, hasta una depresión grave. (2, 10,15)

Toda la población en estudio manifestó diferentes sentimientos en diversas áreas de su vida tales como: un área física (la energía, la fatiga), un área psicológica (sentimientos positivos), las creencias personales/espirituales (significado de la vida), las relaciones sociales (apoyo social práctico), el entorno (la accesibilidad a la asistencia sanitaria), el nivel de independencia (movilidad). Por lo tanto esto resultados obtenidos del estudio son muy similares a las reportadas por la OMS que ha identificado diferentes áreas que describen aspectos fundamentales de la calidad de vida de los individuos y según nuestro resultado obtenidos a través del cuestionario SF 36 confirma lo expuesto anteriormente donde todos los pacientes presentaron una baja calidad de vida.(1)

Al relacionar los resultados obtenidos de los Niveles de depresión y la calidad de vida en salud de este estudio se obtuvo que todos los pacientes tenían baja calidad de vida no tomando en cuenta los diferentes niveles de depresión en que se encontraban, según la literatura revisada esto pone de manifiesto criterios que afirma que la calidad de vida se refiere a la valoración que el sujeto hace, en un momento dado, de su vida completa y considerada como un todo, con referencia no solamente al momento actual, sino también a un pasado más o menos próximo y a un futuro más o menos distante. (16)

VIII. CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes tienen edades entre 61-70 años, casados, de religión católica, escolaridad primaria y desempleados.

La mayoría de los pacientes presentaron depresión predominando el nivel de depresión leve.

Todos los pacientes mostraron Baja Calidad de Vida.

Todos los pacientes que presentaban depresión y los que no presentaron tener depresión mostraron tener baja calidad de vida.

IX. RECOMENDACIONES

INSTITUCIONES DE SALUD:

- Que el ministerio de salud (MINSA) a través de su atención secundaria y terciaria proporcione una atención integral a los pacientes garantizando la atención psicológica.

ESCUELA DE PSICOLOGIA DE LA UNAN-LEÓN:

- Promover más estudios sobre este tipo de Cáncer desde una perspectiva psicoemocional, ya que las investigaciones realizadas en este ámbito son muy escasas y no se refieren a la población Nicaragüense, con el fin que exista más información relacionada con este tema ya que hay escasez de la misma.
- Realización de prácticas profesionales de psicología clínica en el **HEODRA**, para que los pacientes tengan un tratamiento más integral.

A LOS PACIENTES:

- Que asistan a las consultas programadas para un mejor control a su enfermedad.
- Que tengan la confianza con sus médicos para expresarles no solo sus síntomas físicos sino también su estado emocional, para un abordaje mas integral.

A LOS FAMILIARES:

- Brindarle apoyo al paciente para que el pueda asimilar la enfermedad y pueda estabilizar su estado emocional.

X. REFERENCIA

1. Jacox A. Carr DB, Payne R, et al. Educación y Promoción de la Salud. Sufrimiento, Pérdida del autocontrol y Calidad de Vida. The University of Texas, MD Anderson Cancer Center. Public Health Service March 1994. (Consultado 12 de diciembre del 2008) Disponible en: <http://www.ua-cc.org/education2.jsp#2>
2. Toro Greiffenstein RJ, Yepes Roldán LE. Fundamentos de Medicina. Trastornos Depresivos. 4^{ta} Ed; Corporación para investigaciones biológicas. Medellín, Colombia, 2004. Cap; 12. p;(152 -171)
3. Cancer de Próstata. Powered by Mambo.(actualizado 19 de marzo del 2009; consultado 20 de marzo del 2009) Disponible en: http://centropolis.com.co/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=110
4. Hormigo Sánchez A I, Ruiz Ruiz M. Oncología. Cancer Prostático. MAPFRE, Canal Salud. San Carlos, Madrid.(consultado 12 de diciembre del 2008) Disponible en: <http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/cancer-prostata-ancianos.shtml>
5. Cáncer de próstata. Oncologist-approved Cancer information from the American society of clinical oncology.(actualizado 28 de noviembre del 2007; consultado el 12 de diciembre del 2009) Disponible en: <http://www.cancer.net/patient/Cancer+Types/Tip+de+Cancer/C%26aacute%3Bncer+de+pr%26oacute%3Bstata>
6. Los trastornos del estado de ánimo en el enfermo con cáncer. ESTEVE 2008. (consultado 12 de diciembre del 2008) Disponible en <http://www.lavidasique.com/eWebs/GetDocumento.do?doc=189304&accion=acc+listar>
7. Rojas Román Luís E. Diagnóstico del Cáncer de Próstata HALF Servicios de Urología: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2005[tesis]
8. Cancer. National Institutes of Health. Chicago.(actualizado 24 de abril del 2008; consultado el 12 de diciembre del 2008) Disponible en: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007191.htm

9. Canelo M. Karla Incidencia y el tipo de depresión en pacientes que asisten al programa de dispesarizados en los centros de salud del SILAIS Carazo: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2002[tesis].
10. Tafur Max. Depresión y Cáncer. En Español. Disponible en: http://www.doctormax.com.ar/depresion_cancer.htm
11. Instituto Nacional del Cáncer: En Español.[actualizado 21 de Dic 2007; consultado el 20 de diciembre 2008] Disponiblen:<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/depresion/HealthProfessional/page5>
12. Jacox A. Carr DB, Payne R, et al. Educacion y Promoción de la Salud. Sufrimiento, Perdida del autocontrol y Calidad de Vida. The University of Texas, MD Anderson Cáncer Center. Public Health Service March 1994. (Consultado 12 dediciembredel2008)Disponibleen:<http://www.mywhatever.com/cifwriter/library/48/cpg2257.html>
13. Dr, Diaz M. G. E. factores de Riesgo en el Cáncer de próstata. Bogotá, Colombia. (consultado 20 de diciembre del 2008)Disponible en: <http://www.drgdiaz.com/eco/prostata/cancerprostatariesgo.shtml>
14. La Salud de la Próstata. University of Virginia Health Sistem. [actualizado el 18 de diciembre del 2007; consultado el 25 de agosto del 2008]Disponible en: http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_prostate_sp/prisks.cfm
15. Banco de instrumentos básicos para la práctica de psiquiatría clínica. García B J, Portilla M P, Bascaran M T, Saiz P A, Bousoño M. 3ra. Ed. Barcelona-España. 2004.
16. Galán R Antonio, Blanco P Alfonso, Pérez S Ma. Calidad de Vida en salud: un análisis conceptual. Clínica y Salud, 2000, vol11 No.3. pág. 309-328.
17. El paciente con Cáncer de Próstata no debe renunciar a sus calidad de vida, España (10 de junio 2009)Disponible en: <http://www.medicina21.com/doc.php?op=prensa2&id=1529>

ANEXOS

ANEXO

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Declaro que voluntariamente he decidido participar en la investigación estado depresivo y calidad de vida en pacientes con neoplasia de próstata, en el departamento de patología del HEODRA, de la ciudad de León que están realizando las investigadoras: Bra. María Elena Corea; Gloria Morales y **UNAN León**.

Que durante el estudio puedo retirarme, lo cual no disminuye la ayuda que recibo. Que estoy entendido de las molestias e inconvenientes que puedan surgir. Que en caso de necesitar ayuda puedo contactarme con los investigadores, el centro u Hospital, para recibir ayuda según el caso. Que se guardará la confiabilidad o en caso de publicación se ajustara a la verdad.

Firma del Testigo.

Firma del Investigado.

Firmas de las Investigadoras.

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades diarias, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades diarias, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades diarias (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades diarias, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada 3 Regular 5 Mucho
2 Un poco 4 Bastante

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 No, ninguno 3 Sí, un poco 5 Sí, mucho
2 Sí, muy poco 4 Sí, moderado 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada 3 Regular 5 Mucho
2 Un poco 4 Bastante

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre 3 Muchas veces 5 Sólo alguna vez
2 Casi siempre 4 Algunas veces 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 Siempre 3 Muchas veces 5 Sólo alguna vez
2 Casi siempre 4 Algunas veces 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 Siempre 3 Muchas veces 5 Sólo alguna vez
2 Casi siempre 4 Algunas veces 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 Siempre 3 Muchas veces 5 Sólo alguna vez
2 Casi siempre 4 Algunas veces 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- | | | |
|---|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Siempre | 3 <input type="checkbox"/> Muchas veces | 5 <input type="checkbox"/> Sólo alguna vez |
| 2 <input type="checkbox"/> Casi siempre | 4 <input type="checkbox"/> Algunas veces | 6 <input type="checkbox"/> Nunca |

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- | | | |
|---|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Siempre | 3 <input type="checkbox"/> Muchas veces | 5 <input type="checkbox"/> Sólo alguna vez |
| 2 <input type="checkbox"/> Casi siempre | 4 <input type="checkbox"/> Algunas veces | 6 <input type="checkbox"/> Nunca |

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- | | | |
|---|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Siempre | 3 <input type="checkbox"/> Muchas veces | 5 <input type="checkbox"/> Sólo alguna vez |
| 2 <input type="checkbox"/> Casi siempre | 4 <input type="checkbox"/> Algunas veces | 6 <input type="checkbox"/> Nunca |

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- | | | |
|---|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Siempre | 3 <input type="checkbox"/> Muchas veces | 5 <input type="checkbox"/> Sólo alguna vez |
| 2 <input type="checkbox"/> Casi siempre | 4 <input type="checkbox"/> Algunas veces | 6 <input type="checkbox"/> Nunca |

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- | | | |
|---|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Siempre | 3 <input type="checkbox"/> Muchas veces | 5 <input type="checkbox"/> Sólo alguna vez |
| 2 <input type="checkbox"/> Casi siempre | 4 <input type="checkbox"/> Algunas veces | 6 <input type="checkbox"/> Nunca |

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- | | | |
|---|--|----------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Siempre | 3 <input type="checkbox"/> Algunas veces | 5 <input type="checkbox"/> Nunca |
| 2 <input type="checkbox"/> Casi siempre | 4 <input type="checkbox"/> Sólo alguna vez | |

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA

CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- | | | |
|--|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Totalmente cierta | 3 <input type="checkbox"/> No lo sé | 5 <input type="checkbox"/> Totalmente falsa |
| 2 <input type="checkbox"/> Bastante cierta | 4 <input type="checkbox"/> Bastante falsa | |

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Totalmente cierta | 3 <input type="checkbox"/> No lo sé | 5 <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 2 <input type="checkbox"/> Bastante cierta | 4 <input type="checkbox"/> Bastante falsa | |

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

MUCHAS GRACIAS

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el enunciado que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo

- Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos.
- No me encuentro triste.
- Me siento algo triste y deprimido.
- Ya no puedo soportar esta pena.
- Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar.

2. Pesimismo

- Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
- Creo que nunca me recuperaré de mis penas
- No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
- No espero nada bueno de la vida
- No espero nada. Esto no tiene remedio

3. Sentimientos de fracaso

- He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
- He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
- Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
- No me considero fracasado
- Veo mi vida llena de fracasos

4. Insatisfacción

- Ya nada me llena
- Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
- Ya no me divierte lo que antes me divertía
- No estoy especialmente insatisfecho
- Estoy harto de todo

5. Sentimientos de culpa

- A veces me siento despreciable y mala persona
- Me siento bastante culpable
- Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
- Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
- No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo

- Presiento que algo malo me puede suceder
- Siento que merezco ser castigado
- No pienso que esté siendo castigado
- Siento que me están castigando o me castigarán
- Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo

- Estoy descontento conmigo mismo
 - No me aprecio
 - Me odio (me desprecio)
 - Estoy asqueado de mí
 - Estoy satisfecho de mí mismo
-

8. Autoacusación

- No creo ser peor que otros
- Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
- Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
- Siento que tengo muchos y muy graves defectos
- Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas

- Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
- Siento que estaría mejor muerto
- Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
- Tengo planes decididos de suicidarme
- Me mataría si pudiera
- No tengo pensamientos de hacerme daño

10. Períodos de llanto

- No lloro más de lo habitual
- Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
- Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
- Ahora lloro más de lo normal

11. Irritabilidad

- No estoy más irritable que normalmente
- Me irrito con más facilidad que antes
- Me siento irritado todo el tiempo
- Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba

12. Aislamiento social

- He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
- Me intereso por la gente menos que antes
- No he perdido mi interés por los demás
- He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos

13. Indecisión

- Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
- Tomo mis decisiones como siempre
- Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
- Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda

14. Imagen corporal

- Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
- Me siento feo y repulsivo
- No me siento con peor aspecto que antes
- Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)

15. Capacidad laboral

- Puedo trabajar tan bien como antes
- Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
- No puedo trabajar en nada
- Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
- No trabajo tan bien como lo hacía antes

16. Trastornos del sueño

- _ Duermo tan bien como antes
- _ Me despierto más cansado por la mañana
- _ Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
- _ Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
- _ Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
- _ Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
- _ Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
- _ No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas

17. Cansancio

- _ Me canso más fácilmente que antes
- _ Cualquier cosa que hago me fatiga
- _ No me canso más de lo normal
- _ Me canso tanto que no puedo hacer nada

18. Pérdida de apetito

- _ He perdido totalmente el apetito
- _ Mi apetito no es tan bueno como antes
- _ Mi apetito es ahora mucho menor
- _ Tengo el mismo apetito de siempre

19. Pérdida de peso

- _ No he perdido peso últimamente
- _ He perdido más de 2,5 kg
- _ He perdido más de 5 kg
- _ He perdido más de 7,5 kg

20. Hipocondría

- _ Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
- _ Estoy preocupado por dolores y trastornos
- _ No me preocupa mi salud más de lo normal
- _ Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro

21. Libido

- _ Estoy menos interesado por el sexo que antes
- _ He perdido todo mi interés por el sexo
- _ Apenas me siento atraído sexualmente
- _ No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo.

MUCHAS GRACIAS