

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Utilidad de las escalas de evaluación de la depresión en Atención Primaria



Alumno: Bernal Puche, Eva

Tutor: Soler Torró, José Manuel

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria
Curso: 2021-2022

INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 02 de junio del 2022

Nombre del tutor/a	Jose Manuel Soler Torró
Nombre del alumno/a	Eva Bernal Puche
Tipo de actividad	2. Diseño de un estudio observacional: En este supuesto el alumno propone el diseño de un estudio que no se realiza. Tampoco accede a historias clínicas ni datos personales de ningún tipo
Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	Utilidad de las escalas de evaluación de la depresión en Atención Primaria
Código/s GIS estancias	
Evaluación Riesgos Laborales	No procede
Evaluación Ética	No procede
Registro provisional	220601130410
Código de Investigación Responsable	TFM.MPA.JMST.EBP.220601
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

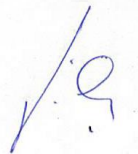
La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **Utilidad de las escalas de evaluación de la depresión en Atención Primaria** ha sido realizada de manera automática en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere someterse a dicha evaluación. Dicha información se adjunta en el presente informe. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, **se autoriza** la realización de la presente actividad.

Atentamente,



Alberto Pastor Campos
Secretario del CEII
Vicerrectorado de Investigación



Domingo L. Orozco Beltrán
Presidente del CEII
Vicerrectorado de Investigación

Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández en el curso académico 2020/2021. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/tfg-tfm/>



RESUMEN

El diagnóstico de trastornos mentales en Atención Primaria es complejo, siendo la depresión una de las enfermedades más comunes, relevantes e incapacitantes entre la población. El principal problema que se presenta es el infradiagnóstico de los trastornos depresivos, dando lugar a falsos negativos.

El procedimiento esencial para el diagnóstico del episodio depresivo es la entrevista clínica. A pesar de que se ha demostrado la utilidad de las escalas de evaluación de la depresión, y de que hay un creciente consenso sobre su incorporación en la práctica clínica, estos instrumentos no se emplean de forma sistemática en las consultas de Atención Primaria.

Con este estudio se pretende conocer si el uso sistemático de escalas de evaluación de la depresión por los médicos de familia como complemento a la entrevista clínica, puede mejorar la capacidad de diagnóstico de los trastornos depresivos en Atención Primaria.

Se trata de un estudio de evaluación de dos pruebas diagnósticas para la detección de los trastornos depresivos realizado mediante un diseño transversal: la entrevista clínica por parte del médico de familia de forma única, y ésta complementada con el inventario de depresión de Beck-II (BDI-II), utilizando como gold standard la valoración posterior por parte de un psiquiatra.

Se evaluará la sensibilidad y la especificidad de cada uno de los métodos diagnósticos. Posteriormente, se construirán las curvas de rendimiento diagnóstico (curvas ROC) y la estimación del área bajo la curva (AUC) con su error estándar (EE) para los diferentes puntos de corte del inventario de Beck, con un intervalo de confianza del 95%, y se compararán estas curvas. Por último, se analizará la concordancia entre la entrevista clínica y la escala de evaluación, mediante el índice kappa de Cohen (K) con un intervalo de confianza 95%.

Palabras clave: trastorno depresivo, Atención Primaria de Salud, escalas de valoración psiquiátrica, diagnóstico clínico, trastornos mentales.

ABSTRACT

The diagnosis of mental disorders in Primary Care is complex, with depression being one of the most common, relevant and disabling diseases among the population. The main problem that arises is the underdiagnosis of depressive disorders, giving rise to false negatives.

The essential procedure for diagnosing a depressive episode is the clinical interview. Although the usefulness of depression assessment scales has been demonstrated, and there is a growing consensus on their incorporation into clinical practice, these instruments are not used systematically in Primary Care consultations.

This study aims to find out if the systematic use of depression assessment scales by family doctors as a complement to the clinical interview can improve the ability to diagnose depressive disorders in Primary Care.

This is an evaluation study of two diagnostic tests for the detection of depressive disorders carried out using a cross-sectional design: the clinical interview by the family doctor in a unique way, and this complemented with the Beck Depression Inventory II (BDI-II), using the subsequent assessment by a psychiatrist as the gold standard.

The sensitivity and specificity of each of the diagnostic methods will be evaluated. Subsequently, the diagnostic performance curves (ROC curves) and the estimation of the area under the curve (AUC) with its standard error (SE) will be constructed for the different cut-off points of Beck's inventory, with a 95% confidence interval, and they will be compared these curves. Finally, the concordance between the clinical interview and the evaluation scale, will be analyzed by means of Cohen's kappa index (K) with a 95% confidence interval.

Keywords: depressive disorder, Primary Health Care, psychiatric status rating scales, clinical diagnosis, mental disorders.

ÍNDICE

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	8
2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA	8
3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	11
4. HIPOTESIS	12
5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	12
Objetivo general.....	12
Objetivos específicos.....	12
6. MATERIALES Y MÉTODOS.....	12
Diseño de estudio	12
Población diana y población a estudio	13
Criterios de inclusión y exclusión.....	14
Cálculo del tamaño de la muestra	14
Método de muestreo.....	15
Método de recogida de datos	15
Variables	15
Descripción de la intervención	17
Descripción del seguimiento.....	17
Estrategia de análisis estadístico: test y procedimientos	17
Programa estadístico a utilizar	18
7. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS	18
8. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	18
9. LIMITACIONES, POSIBLES SESGOS Y MÉTODOS UTILIZADOS PARA MINIMIZAR LOS POSIBLES RIESGOS.....	19

10. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	19
11. CALENDARIO Y CRONOGRAMA PREVISTO PARA EL ESTUDIO	20
12. PERSONAL QUE PARTICIPARÁ EN EL ESTUDIO Y CUÁL ES SU RESPONSABILIDAD	20
13. INSTALACIONES E INSTRUMENTACIÓN	21
14. PRESUPUESTO	21
15. BIBLIOGRAFÍA.....	22
16. ANEXOS	25



1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Mejora la capacidad de detección de trastornos depresivos en Atención Primaria con el uso de instrumentos de evaluación de la depresión?

P: Pacientes con síntomas de depresión que acuden por primera vez a consulta.

I: Entrevista clínica + escala de evaluación de la depresión.

C: Entrevista clínica.

O: Concordancia con el diagnóstico de depresión por un psiquiatra.

2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

El diagnóstico de trastornos mentales en Atención Primaria (AP) es complejo, siendo la depresión una de las enfermedades más comunes, relevantes e incapacitantes entre la población¹. La **variabilidad** en su diagnóstico entre facultativos es amplia debido a factores personales, sociales y culturales, que pueden llevar a sobrevalorar o infravalorar el malestar psicológico de los pacientes².

El principal problema que se presenta en AP es el **infradiagnóstico** de estos trastornos mentales por parte de los médicos, siendo el trastorno depresivo el más frecuente, dando lugar a falsos negativos³. Los factores asociados a la dificultad en el reconocimiento de estos cuadros depresivos pueden asociarse a factores relacionados con el paciente, factores relacionados con el médico de Atención Primaria, factores organizacionales y factores sociales⁴.

En cuanto a los **factores relacionados con el paciente y el médico de Atención Primaria**, cabe mencionar que, por un lado, los pacientes pueden tener dificultad para expresar su malestar psicológico y, por otro, los médicos pueden tener un conocimiento y entrenamiento deficientes sobre el manejo del trastorno o pueden ver la depresión como una respuesta normal a las circunstancias difíciles, las enfermedades o los eventos vitales, siendo esta subdiagnosticada.

Respecto a los **factores organizacionales**, el tiempo disponible que los médicos de Atención Primaria tienen para cada consulta debido a la sobrecarga

asistencial es limitado y dificulta el diagnóstico de los trastornos depresivos. Los **factores sociales** también contribuyen a este infradiagnóstico si tenemos en cuenta que, a día de hoy, sigue existiendo cierto estigma en torno a las enfermedades mentales⁴.

Por todo esto, la realización de un correcto diagnóstico de la depresión no es sencillo. En muchas ocasiones, los pacientes con depresión no siempre acuden a la consulta de AP demandando atención sobre sus síntomas psicológicos o presentando sus problemas afectivos como su principal queja sino otras dolencias de carácter somático (dolor muscular, de cabeza o de estómago), sin hacer una atribución directa a sus problemas emocionales⁵. Además, estos pacientes que no son detectados en AP suelen tener formas leves de la enfermedad y no se consideran a sí mismos como pacientes que sufren de un trastorno mental, estimándose que el 20% de estos se convertirán en crónicos. También se ha observado una asociación entre trastornos mentales y mayor número de visitas al médico de Atención Primaria, por lo que se podía decir que el paciente que tiene problemas de depresión es un hiperfrecuentador de los Centros de Salud (CS) y, sin embargo, muchas veces no es detectado por los profesionales³.

El **diagnóstico de la depresión y su caracterización precisa** son un elemento crucial de cara a establecer un plan de tratamiento individualizado que incluya el manejo compartido y un pronóstico a medio/largo plazo¹.

El procedimiento esencial para el diagnóstico del episodio depresivo es la entrevista clínica semiestructurada basada en la escucha activa¹. Los **cuestionarios de evaluación de la depresión** sirven como complemento para diagnosticar la depresión, cuantificar su gravedad, encauzar el tratamiento adecuado y monitorizar la evolución posterior⁶.

El uso de estos instrumentos en Atención Primaria permite llevar a cabo el **seguimiento evolutivo** del paciente al poder comparar las puntuaciones obtenidas en diferentes momentos, aportando datos objetivos que nos permitan establecer la respuesta a la terapia y la remisión total de la sintomatología¹.

Existen diferentes instrumentos validados que han demostrado poseer adecuadas propiedades psicométricas para la evaluación de la depresión⁷. Entre las escalas específicas para la evaluación de sintomatología depresiva, las dos probablemente más utilizadas son la **Escala Hamilton (HADS)** y la **Escala de Montgomery-Asberg (MADRS)**⁹. Ambas escalas son heteroaplicadas, es decir, deben ser administradas por un clínico. Entre las escalas autoaplicadas encontramos la **Escala de medida de la depresión de Zung y Conde**⁷, siendo la más extendida el **Inventario de depresión de Beck (BDI)**⁸. Otros cuestionarios como el **Brief Patient Health Questionnaire (PHQ-p)**, también han demostrado altos índices de sensibilidad y especificidad a la hora de detectar la depresión mayor a pesar de contar con tan solo 2 ítems⁵. Por último, también es frecuente el uso de escalas para un tipo de población específica como la **escala abreviada de la depresión de Yesavage** que se utiliza en pacientes geriátricos⁷.

A pesar de su utilidad, y la existencia de un creciente consenso sobre la pertinencia de la incorporación de las escalas de evaluación de la depresión a la práctica clínica, estos instrumentos **no se emplean de forma sistemática** en las consultas de Atención Primaria⁷. En un estudio cualitativo basado en grupos de discusión realizado en centros de salud de AP del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza en Bizkaia, los médicos reconocen que la utilización de las escalas en su día a día es muy irregular utilizándolas solo en ocasiones, como cuando cuentan con un médico residente, y que se basan más en la clínica, los síntomas y en el conocimiento del paciente para establecer el diagnóstico de depresión. No obstante, también refieren tener más incertidumbre en el diagnóstico de estos trastornos que en otras enfermedades e incluso piensan que tienen una carencia de formación. Además, se constatan las diferencias en la **correspondencia diagnóstica** entre médicos de Atención Primaria y psiquiatras debido a las diferentes percepciones que tienen respecto de la depresión en función de su distinta vinculación con el paciente y de los contextos y expectativas de su práctica profesional⁹.

En los últimos años, también se ha tratado de estudiar la **concordancia** entre el diagnóstico de depresión formulado por el médico de Atención Primaria y

diferentes escalas de evaluación. De esta manera, cabe mencionar un estudio donde se encontró que de los pacientes que habían resultado positivos a través del cuestionario de evaluación de la depresión Patient Health Questionnaire (PHQ-9), sólo el 31% había sido identificado como depresivo por el médico de Atención Primaria. El índice de acuerdo encontrado entre el MAP y el PHQ-9 medido a través del índice kappa fue bajo ($\text{kappa} = 0,001-0,10$)¹⁰.

3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Los problemas de salud mental constituyen una de las principales causas de discapacidad en el mundo. Uno de las consecuencias más peligrosas de los trastornos depresivos es el suicidio, ya que las personas que padecen estos trastornos tienen cuatro veces más riesgo de suicidio que la población general, riesgo que se incrementa hasta 20 veces en los pacientes con las formas más severas de la enfermedad¹¹.

La mayoría de las veces son los médicos de familia los primeros contactos que tienen aquellos que padecen algún tipo de patología mental y, en muchas ocasiones, no tienen el entrenamiento necesario para la detección y el tratamiento de estas personas con problemas de salud mental. Por esto es importante establecer instrumentos que ayuden a estos médicos a identificar a las personas con problemas de salud mental en la primera oportunidad y puedan brindar la intervención más adecuada⁴.

En los últimos años se ha incrementado el esfuerzo de los investigadores en lo referente al desarrollo y perfeccionamiento de instrumentos que permitan al médico de Atención Primaria identificar los distintos trastornos mentales, especialmente la depresión. Además, se ha hecho más frecuente la utilización de instrumentos de screening y diagnóstico entre los médicos de familia³.

Sabemos que en España no se utiliza de forma rutinaria los instrumentos de evaluación de la depresión a pesar de que se ha comprobado que estos tienen buenas propiedades psicométricas. Hay multitud de estudios que comparan la concordancia entre los resultados obtenidos con distintos tipos de escalas y subescalas pero, por el contrario, no se ha estudiado si realmente el uso de estos instrumentos, como complemento a la entrevista clínica, por parte del médico de

Atención Primaria mejora la capacidad de detección de los trastornos depresivos.

Con este estudio se pretende conocer si el uso sistemático de escalas de evaluación de la depresión por los médicos de familia como complemento a la entrevista clínica, puede mejorar la capacidad de diagnóstico de los trastornos depresivos en AP.

4. HIPOTESIS

El uso sistemático de escalas de evaluación de la depresión, empleadas como complemento a la entrevista clínica, puede mejorar la capacidad de diagnóstico de los trastornos de depresión de los médicos de Atención Primaria entre los pacientes que consultan por malestar emocional, tristeza o síntomas somáticos compatibles con esta enfermedad.

5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Evaluar si el uso de instrumentos de evaluación, empleados como complemento a la entrevista clínica, mejora la capacidad de diagnóstico de los trastornos depresivos en Atención Primaria.

Objetivos específicos

1. Analizar si la entrevista clínica complementada con el inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II) mejora la capacidad diagnóstica de la depresión en AP respecto a la entrevista clínica exclusivamente.
2. Analizar la concordancia entre los resultados obtenidos con la entrevista clínica frente al inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II).

6. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de estudio

Se trata de un estudio de evaluación de pruebas diagnósticas, realizado mediante un diseño transversal con los resultados obtenidos de dos métodos diagnósticos utilizados para la detección de los trastornos depresivos: la entrevista clínica por parte del médico de familia de forma única, y ésta complementada con el inventario de depresión de Beck-II (BDI-II)¹², utilizando

como gold standard la valoración posterior por parte de un psiquiatra para determinar la presencia de depresión en base a los criterios del DSM-5¹³.

De acuerdo con el DSM-5, la depresión es un trastorno frecuente que implica un estado de ánimo deprimido y/o la pérdida casi completa de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban. Además, son frecuentes las manifestaciones somáticas como la pérdida de peso, las alteraciones del sueño y los dolores musculares, y las cognitivas, como la dificultad para concentrarse¹³.

Según la CIE-10, los criterios diagnósticos de depresión son: humor depresivo (vivencia de tristeza), pérdida de interés y disfrute (apatía y anhedonia), fatigabilidad (cansancio), disminución de la atención y concentración, pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil (incluso en episodios leves), perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, trastornos del sueño, pérdida del apetito y dificultad para llevar a cabo su vida social y laboral. Además, todos estos criterios deben estar presentes en los pacientes al menos durante dos semanas¹⁴. Entre los síntomas somáticos compatibles con un trastorno depresivo encontramos dolores musculares, de cabeza o gastrointestinales.

Los pacientes serán evaluados, en primer lugar, mediante una entrevista clínica por su médico de familia, que establecerá un diagnóstico (PRUEBA 1). Posteriormente, se les aplicará una escala de evaluación de la depresión de forma ciega por una enfermera y se formulará un segundo diagnóstico (PRUEBA 2) de acuerdo con los resultados obtenidos en esta. Finalmente, todos serán evaluados por un psiquiatra que establecerá un tercer diagnóstico (PRUEBA 3) que será considerada como gold standard.

Tanto el gold standard como el resto de pruebas que se evalúan se aplicarán e interpretarán a ciegas y de forma independiente.

Población diana y población a estudio

La población diana es la población general que presenta síntomas y signos de depresión como malestar emocional o psicológico, tristeza o síntomas somáticos compatibles esta enfermedad. Se seleccionará una población a estudio representativa compuesta por pacientes con síntomas y signos compatibles con

depresión que acudieron a su médico de familia en el Área V de salud (Altiplano) de la Región de Murcia, compuesta por tres centros de salud de las poblaciones de Jumilla y Yecla: el Centro de Salud de Jumilla y los Centro de Salud Mariano Yago y Francisco Palao Molina de Yecla.

Se seleccionará una muestra representativa mediante un muestreo consecutivo, hasta completar el tamaño de muestra necesario, de aquellos pacientes que acudan a su médico de Atención Primaria para realizar una consulta relacionada con malestar emocional, tristeza o síntomas somáticos compatibles con un diagnóstico de depresión, en el periodo comprendido desde julio de 2022 a noviembre de 2022.

Criterios de inclusión y exclusión

Se definen como criterios de inclusión en el estudio todos los siguientes:

- Pacientes mayores de edad.
- Pacientes que presenten sintomatología compatible con depresión como tristeza, apatía, trastornos del sueño o pérdida del apetito y/o síntomas somáticos atribuibles a ésta como dolores musculares, de cabeza o molestias gastrointestinales.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.

Como criterios de exclusión se establecen algunos de los siguientes:

- Pacientes incapacitados por enfermedad mental grave que no comprendan el estudio.
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.

Cálculo del tamaño de la muestra

Para el cálculo del tamaño muestral se ha utilizado el programa para análisis epidemiológico de datos Epidat en su versión 4.2. Se ha utilizado un diseño de muestras repetidas, dado que a todos los pacientes serán evaluados sucesivamente con entrevista y con escala.

De acuerdo con la literatura, la sensibilidad de la entrevista clínica en la detección de los trastornos depresivos es del 50,1%⁴ y la prevalencia de la enfermedad en la Región de Murcia es del 15,6¹⁵. Considerando una sensibilidad para la

entrevista clínica complementada con la escala de evaluación de la depresión del 90%, una potencia del 80% y un nivel de confianza del 95%, obtenemos que el tamaño de la muestra necesario para llevar a cabo el estudio será de 142 sujetos. Asumiendo un 10% de pérdidas de sujetos en el estudio, el tamaño muestral necesario será de 156 pacientes.

Método de muestreo

El muestreo será consecutivo, es decir, se irán incluyendo los pacientes conforme vayan acudiendo a la consulta de su médico de Atención Primaria hasta completar el tamaño muestral necesario.

Método de recogida de datos

Una vez firmado el consentimiento informado, los datos de los pacientes serán recogidos a través de la historia clínica electrónica, el programa OMI-AP, la entrevista clínica y las escalas de evaluación de la depresión.

Variables

Denominación	Código	Tipo de variable	Valores
Entrevista clínica realizada por médico de AP	PRUEBA_1	Cualitativa nominal	0: No depresión 1: Depresión
Escala de evaluación ¹²	PRUEBA_2	Cualitativa nominal	0: No depresión 1: Depresión (para cada uno de los puntos de corte del inventario de Beck II)
Evaluación por psiquiatra (gold standard)	PRUEBA_3	Cualitativa nominal	0: No depresión 1: Depresión
Edad	Edad	Cuantitativa continua	18-100

Sexo	Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	0: Hombre 1: Mujer
Estado civil*	Est_civil	Cualitativa nominal	0: Soltero 1: Casado 2: Separado 3: Divorciado 4: Viudo
Situación laboral*	Sit_lab	Cualitativa nominal dicotómica	0: Empleado 1: Desempleado
Clase social**	Clase_social	Cualitativa nominal	0: Baja (ingreso mensual <1645€) 1: Media (ingreso mensual 1645-4386€) 2: Alta (ingreso mensual >4386€)
Consumo de drogas*	Drogas	Cualitativa dicotómica o binaria	0: Si 1: No
Intento autolítico	Intento_aut	Cualitativa dicotómica o binaria	0: Si 1: No

*Estas variables se obtendrán de la historia clínica y la escala de evaluación. En el caso de que alguno de estos datos no conste en ninguna de ellas, se preguntará en la entrevista clínica llevada a cabo en la consulta.

**Clases sociales en España según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) según los ingresos en una unidad familiar compuesta por 3 miembros. Se añadirá una pregunta extra al final del cuestionario de evaluación de la depresión para obtener este dato (ANEXO 3).

Descripción de la intervención

En este estudio no hay intervención puesto que se trata de un estudio observacional de evaluación de pruebas diagnósticas.

Descripción del seguimiento

En este estudio no hay seguimiento puesto que se trata de un estudio observacional de evaluación de pruebas diagnósticas.

Estrategia de análisis estadístico: test y procedimientos

El análisis descriptivo de las variables de tipo cualitativo se realizará mediante tablas de distribución de frecuencias y porcentajes. Las variables cuantitativas se expresarán en medidas de centralización y dispersión, calculándose la media con su desviación estándar (DE).

Se evaluará la sensibilidad y la especificidad de la entrevista clínica por el médico de familia y de la entrevista clínica complementada con el inventario para la depresión de Beck II (BDI-II) en su adaptación española¹² en serie y en paralelo, considerando los cuatro puntos de corte del inventario:

- Depresión mínima: 0-13 puntos
- Depresión leve: 14-18 puntos
- Depresión moderada: 19-27 puntos
- Depresión grave: 28-63 puntos

Se construirán las curvas de rendimiento diagnóstico (curvas ROC) y la estimación del área bajo la curva (AUC) con su error estándar (EE) para los diferentes puntos de corte del inventario de Beck II, con un intervalo de confianza del 95%.

Posteriormente, se compararán estas curvas para encontrar el punto de corte óptimo.

La valoración por parte de un psiquiatra especializado en trastornos depresivos, utilizada como gold standard, será tomada como criterio de la verdad y se supondrá que tiene una sensibilidad y especificidad máximos, del 100%.

Para evaluar el grado de eficacia de cada prueba, se estimarán sus valores predictivos positivos y negativos, calculando sus intervalos de confianza.

Por último, se analizará la concordancia entre la entrevista clínica y la escala de evaluación, mediante el índice kappa de Cohen (K) con su IC 95%, considerándose $k > 0,75$ concordancia excelente, entre 0,4 y 0,75 concordancia buena y menor de 0,4 concordancia pobre, según las categorías propuestas por Fleiss et al¹⁶.

Programa estadístico a utilizar

Para el cálculo del tamaño muestral se ha utilizado el programa para análisis epidemiológico de datos Epidat en su versión 4.2.

Una vez obtenidos los datos y delimitadas las variables principales de estudio, se volcarán en una base de datos donde se realizarán los análisis estadísticos precisos, utilizando el programa estadístico IBM® SPSS® en su versión 26.0.

7. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

En caso de confirmarse una mayor capacidad diagnóstica de la depresión en AP con la aplicación de las escalas de evaluación, obtendríamos evidencia que apoyaría el uso de estas de forma sistemática en AP por parte de los profesionales. La detección temprana de este trastorno mental y la instauración prematura de un tratamiento adecuado reduciría el padecimiento de los pacientes que sufren esta enfermedad mejorando, de esta manera, su pronóstico. En esta misma línea, la detección precoz disminuiría el riesgo de conductas suicidas.

8. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Para realizar la búsqueda bibliográfica, se determinaron unos términos o palabras claves también denominados “Descriptor en Ciencias de la Salud” (DeCS) o “Medical Subject Headings” (MeSH) según la pregunta PICO formulada al inicio del estudio. Estos términos se combinaron entre sí mediante los operadores booleanos “AND”, “OR” y “NOT” para obtener una mayor precisión en la búsqueda. Se han realizado búsquedas en distintas fuentes:

- Bases de datos: Pubmed, Scielo, Cochrane Plus.

- Otros recursos: Biblioteca de Murcia Salud (www.murciasalud.es), Biblioteca de guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud (www.guiasalud.es).

Tras la búsqueda, se repasaron los títulos y los resúmenes de cada uno de los artículos encontrados para comprobar que trataban el tema de estudio. Tras la selección de los artículos de interés, también se repasó la bibliografía en cada uno de ellos para captar aquellos artículos citados que pudieran resultar útiles para la realización del estudio.

9. LIMITACIONES, POSIBLES SESGOS Y MÉTODOS UTILIZADOS PARA MINIMIZAR LOS POSIBLES RIESGOS

Para evitar el sesgo de sospecha diagnóstica, de forma que el conocimiento de los resultados de una prueba puede influir en la interpretación de la otra prueba, tanto la prueba de referencia como la prueba que se evalúa se han de aplicar e interpretar a ciegas y de forma independiente. De esta manera, el inventario de depresión de Beck-II será aplicado e interpretado por una enfermera de forma independiente y a ciegas.

El sesgo de verificación puede ocurrir si no se aplica la prueba de referencia, en este caso la valoración por parte de un psiquiatra especializado, a todos los sujetos de estudio, no pudiéndose obtener la confirmación diagnóstica de todos los sujetos del estudio. Para minimizar este sesgo, solo se incluirán en el análisis estadístico los pacientes que hayan sido valorados por el psiquiatra.

10. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Código de investigación responsable (COIR): TFM.MPA.JMST.EBP.220601

El proyecto será presentado al Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC) del Área de Salud V Hospital Virgen del Castillo para su evaluación previo a su realización.

El tratamiento, comunicación y cesión de los datos de carácter personal de los sujetos participantes en el estudio se ajustará a lo dispuesto en Ley Orgánica 3/2018¹⁷, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y constará expresamente en el consentimiento informado (ANEXO 2).

Se le entregará a cada paciente una hoja de información sobre el proyecto de investigación de acuerdo con la Ley 41/2002¹⁸, de autonomía del paciente. Se dejará constancia en la historia clínica que se ha proporcionado la información (ANEXO 1).

11. CALENDARIO Y CRONOGRAMA PREVISTO PARA EL ESTUDIO

MESES	RB	PI	PP	SP	RD	AE	R
Sep 22							
Oct 22							
Nov 22							
Dic 23							
Ene 23							
Feb 23							
Mar 23							
Abr 23							
May 23							
Jun 23							

Leyenda: RB: Revisión bibliográfica; PI: Protocolo de investigación; PP: Presentación del protocolo; SP: Selección de pacientes; RD: Recogida de datos; AE: Análisis estadístico y codificación de datos; R: Resultados.

12. PERSONAL QUE PARTICIPARÁ EN EL ESTUDIO Y CUÁL ES SU RESPONSABILIDAD

- El estudio se llevará a cabo por los médicos de AP de los centros de salud que conforman el Área V de Salud (Altiplano) de la Región de Murcia, compuesta por las poblaciones de Jumilla y Yecla. Estos son: el Centro de Salud de Jumilla y los Centro de Salud Mariano Yago y y Francisco Palao Molina de Yecla.

- Los datos e información necesaria de las variables del estudio se obtendrán del programa informático OMI-AP empleado en los Centros de Salud, la entrevista clínica y las escalas de evaluación.

- Dos enfermeras del Centro de Salud de Jumilla se encargarán de la búsqueda bibliográfica, estableciendo la estrategia de búsqueda que se utilizará, poniendo en común los resultados obtenidos para evitar duplicidades de documentos y serán las encargadas de elaborar el protocolo de investigación.
- Un médico del Centro de Salud de Jumilla se encargará de la elaboración del diseño del estudio y la presentación del proyecto al Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC) del Área de Salud V Hospital Virgen del Castillo para su aprobación.
- Todos los médicos tendrán la responsabilidad de entregar la hoja de información y el consentimiento informado a los pacientes que sean captados.
- En cada Centro de Salud, habrá un psiquiatra especializado en trastornos depresivos que establecerá el diagnóstico que será considerado como gold standard.
- Un médico del Centro de Salud de Jumilla con conocimientos en análisis estadístico se encargará de llevarlo a cabo.

13. INSTALACIONES E INSTRUMENTACIÓN

La recogida de los datos se realizará en el Centro de Salud de Jumilla y los Centros de Salud Mariano Yago y Francisco Palao Molina de Yecla. Su análisis posterior se realizará en el Centro de Salud de Jumilla. Será necesario material de oficina y un ordenador.

14. PRESUPUESTO

En este estudio, el equipo de investigadores se compondrá del personal sanitario, médicos y enfermeras, de los tres Centros de Salud donde se va a llevar a cabo este y tres psiquiatras contratados, uno para cada centro.

El personal sanitario, que trabaja en estos tres centros, colaborará en el proyecto de forma voluntaria sin recibir remuneración.

Gasto de evaluación individual por parte del psiquiatra: 80 € por paciente.

Gasto total de los tres psiquiatras: 12.480 €.

Coste aproximado del alquiler del programa SPSS durante tres meses: 400€.

Material de oficina: 70€.

Presupuesto total del estudio: 12.950 €.

Se solicitará una beca a la fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia (FFIS).

15. BIBLIOGRAFÍA

1. Roca Bennasar M, Aragonés E. Abordaje compartido de la depresión. Consenso multidisciplinar. 2018. Disponible en: https://www.semfyc.es/wpcontent/uploads/2018/05/Consenso_depresion.pdf

2. Clavería A, Rodríguez-Barragán M, Fernández-San-Martín MI, Nabbe P, Le Reste JY, Miguéns-Blanco I, et al. Traducción y adaptación transcultural al español, catalán y gallego de la escala Hopkins Symptom Checklist-25 para la detección de depresión en Atención Primaria. Aten Primaria [Internet]. 2020 ;52(8):539–47. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC7505899/>

3. Latorre Postigo JM, Navarro Bravo B, Parra Delgado M, Salguero JM, Mae Wood C, Cano Vindel A. Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: Un Problema sin resolver. Rev clín med fam [Internet]. 2012 [cited 2022 Apr 1];5(1):37–45. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699695X2012000100007

4. Calvo Gómez JM, Jaramillo González LE. Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión. Rev Fac Med Univ Nac Colomb [Internet]. 2015 ;63(3):471–82. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012000112015000300015

5. Cano Vindel A, Salguero Martín J, Mae Wood C, Dongil E, Latorre JM. La depresión en Atención Primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. Papeles del Psicólogo [Internet]. 2012;33(1):2-11. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77823404001>

6. Sánchez VP, Santos PM. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión. Medicine [Internet]. 2019 ;12(86):5070–4. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-protocolo-diagnostico-terapeutico-depresion-articulo-S0304541219302318>

7. Guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. Guía de práctica clínica en el manejo de la depresión mayor en el adulto. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf

8. Álvarez-Mon MA, Vidal C, Llaveró-Valero M, Ortuño F. Actualización clínica de los trastornos depresivos. Medicine [Internet]. 2019 ;12(86):5041–51. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-actualizacion-clinica-trastornos-depresivos-articulo-S0304541219302288>

9. Calderón Gómez C, Retolaza Balsategui A, Bacigalupe De La Hera A, Payo Gordón J, Grandes Odriozola G. Médicos de familia y psiquiatras ante el paciente con depresión: la necesidad de readecuar enfoques asistenciales y dinámicas organizativas. Aten Primaria [Internet]. 2009 ;41(1):33–40. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-medicos-familia-psiquiatras-ante-el-S0212656708000085>

10. Ani C, Bazargan M, Hindman D, Bell D, Farooq MA, Akhanjee L, et al. Depression symptomatology and diagnosis: discordance between patients and physicians in primary care settings. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2008;9(1):1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-9-1>
11. Tejada PA, Jaramillo LE, Sánchez-Pedraza R, Sharma V. Revisión crítica sobre los instrumentos para la evaluación psiquiátrica en atención primaria. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v62n1/v62n1a13.pdf>
12. Fernández JS, Valverde CV, Perdigón AL. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clin Salud* [Internet]. 2003;14(3):249–80. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=787497>
13. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (R): Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5 (R). Arlington, TX: American Psychiatric Association Publishing; 2014.
14. CIE-10-ES: Clasificación internacional de enfermedades: 10a revisión modificación clínica. 3rd ed. Madrid, Spain; 2020.
15. Navarro-Mateu F, Tormo MJ, Salmerón D, Vilagut G, Navarro C, Ruíz-Merino G, et al. Prevalence of Mental Disorders in the south-east of Spain, one of the European regions most affected by the economic crisis: The cross-sectional PEGASUS-Murcia Project. *PLoS One* [Internet]. 2015;10(9): e0137293. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0137293>

16. Fleis JL, Levin B, Paik MC. Statistical methods for rates and proportions. 3ª ed. Hoboken, New Jersey: Wiley & Sons; 2003.

17. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. (Boletín Oficial del Estado, nº 294, 119788 a 119857, de 6-12-2018).

18. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Boletín Oficial del Estado, nº 274, 40126 a 40132, de 15-11-2002).

16. ANEXOS



ANEXO 1

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL

TÍTULO DEL ESTUDIO: Utilidad de las escalas de evaluación de la depresión en Atención Primaria

PROMOTOR: Área V de Salud del Sistema Murciano de Salud (Altiplano)

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Eva Bernal Puche

CENTRO: Centro de Salud de Jumilla

INTRODUCCION

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por un Comité de Ética de la Investigación, de acuerdo a la legislación vigente, la Ley de Investigación Biomédica 14/2007.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El objetivo del estudio es analizar si las escalas de evaluación, como complemento a la entrevista clínica, mejoran la capacidad de detección de la depresión.

El estudio únicamente consiste en la recogida de datos a través de su historia clínica, la entrevista clínica y un cuestionario de evaluación que no modificará la atención médica o sanitaria que reciba, que será la misma participe o no en el estudio.

El número total de sujetos que se incluirán en el estudio será de x personas. La participación en el estudio no conllevará la realización de más visitas al Centro de Salud.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento no se espera que usted obtenga beneficio ni riesgo directo por participar, si bien contribuirá al avance del conocimiento y al beneficio social.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustará al cumplimiento del Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en cuanto al tratamiento de datos personales y la libre circulación de datos, y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. La base legal que justifica el tratamiento de sus datos es el consentimiento que da en este acto, conforme a lo establecido en el artículo 9 del Reglamento UE 2016/679.

Los datos recogidos para estos estudios se recogerán identificados únicamente mediante un código, por lo que no se incluirá ningún tipo de información que permita identificar a los participantes. Sólo el médico del estudio y sus colaboradores con un permiso específico podrán relacionar sus datos recogidos en el estudio con su historia clínica.

Su identidad no estará al alcance de ninguna otra persona a excepción de una urgencia médica o requerimiento legal. Podrán tener acceso a su información personal identificada, las autoridades sanitarias, el Comité de Ética de Investigación y personal autorizado por el promotor del estudio, cuando sea necesario para comprobar datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de acuerdo a la legislación vigente.

Sólo se cederán a terceros y a otros países los datos codificados, que en ningún caso contendrán información que pueda identificar al participante directamente (como nombre y apellidos, iniciales, dirección, número de la seguridad social, etc.). En el supuesto de que se produjera esta cesión, sería para la misma finalidad del estudio descrito y garantizando la confidencialidad.

Si se realizara una transferencia de datos codificados fuera de la UE, ya sea a entidades relacionadas con el centro hospitalario donde usted participa, a prestadores de servicios o a investigadores que colaboren con su médico, sus datos quedarán protegidos por salvaguardas como contratos u otros mecanismos establecidos por las autoridades de protección de datos.

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto.



ANEXO 2



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO

D. /Dña., de años de edad y con DNI nº
.....

Manifiesto que he leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el proyecto y que he recibido información suficiente sobre el mismo.

Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria, que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación titulado “Utilidad de las escalas de evaluación de la depresión en Atención Primaria”.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), que entró en vigor el 25 de mayo de 2018 que supone la derogación de Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre referidos a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

, a de de 20

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO

Título del Proyecto: Utilidad de las escalas de evaluación de la depresión en Atención Primaria

Investigador Principal: Eva Bernal Puche

Yo,

(Nombre y apellidos en MAYÚSCULAS)

Declaro que:

- He leído la hoja de información que me han facilitado.
- He podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca del estudio.
- He recibido información adecuada y suficiente por el investigador abajo indicado sobre:
 - Los objetivos del estudio y sus procedimientos.
 - Los beneficios e inconvenientes del proceso.
 - Que mi participación es voluntaria y altruista
 - El procedimiento y la finalidad con que se utilizarán mis datos personales y las garantías de cumplimiento de la legalidad vigente.
 - Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento (sin necesidad de explicar el motivo y sin que ello afecte a mi atención médica) y solicitar la eliminación de mis datos personales.
 - Que tengo derecho de acceso y rectificación a mis datos personales.

CONSIENTO EN LA PARTICIPACIÓN EN EL PRESENTE ESTUDIO

SÍ

NO

(marcar lo que corresponda)

Para dejar constancia de todo ello, firmo a continuación:

Fecha

Firma.....

Nombre investigador ...Eva Bernal Puche.....

Firma del investigador.....

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo,

.....

revoco el consentimiento de participación en el proceso, arriba firmado.

Firma y Fecha de la revocación



ANEXO 3

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:.....

Sexo.....

Ocupación Educación:.....Fecha:.....

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 mí mismo lo mismo que siempre.
1. He perdido la confianza en mí mismo.
2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
3. No me gusta 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.
- 2^a. 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 hacer.

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:

- ¿Cuántos miembros componen tu unidad familiar? ¿Cuál es el ingreso mensual total (aproximado) de la familia?