

Estudio de la Calidad de Vida

Título Reducido: ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA

Estudio de la calidad de vida de Cuidadores Familiares de enfermos de Alzheimer

Patricia Domínguez Urcola

Director: Raúl López Antón

Universidad de Zaragoza (Campus de Teruel)

590289@celes.unizar.es

INDICE

Resumen/Abstract

1. Contexto

1.1. Planteamiento del problema

1.2. Definición de Variables

1.3. Justificación del estudio

2. Objetivos e Hipótesis

2.1. Objetivos

2.2. Hipótesis

3. Metodología

3.1. Diseño

3.2. Muestra

3.3. Criterios de Exclusión-Inclusión

3.4. Instrumentos

3.5. Procedimiento

4. Aspectos Administrativos

4.1. Recursos Necesarios

5. Limitaciones

6. Bibliografía

7. Anexos

Resumen

Investigaciones anteriores sobre este fenómeno concluyen que el acto de cuidar repercute de manera negativa en la calidad de vida de los cuidadores de pacientes con demencia Alzheimer, mostrando alteraciones psicológicas y disminuyendo estos efectos, a través de la influencia de variables mediadoras, como el apoyo social percibido y recibido por el cuidador. Se pretende investigar la calidad de vida de los cuidadores de familiares de enfermos de Alzheimer, desde una visión psicológica y social. Se analizarán los efectos que el cuidar ocasiona en la salud psicológica, y el efecto de posibles variables mediadoras en el proceso de estrés, como el apoyo social. La muestra estará formada por cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer, administrando diferentes escalas para la evaluación de lo anteriormente dicho.

Abstract

Previous research on this phenomenon conclude that the act of caring has a negative impact on the quality of life for caregivers of patients with Alzheimer's dementia, showing psychological disorders, and reducing these effects, through the influence of mediating variables, as social support perceived and received by the caregiver. Is to investigate the quality of life of family caregivers of Alzheimer's, from a psychological and social vision. Be analyzed the effects that caring brings psychological health, and the effect of possible mediating variables in the stress process, such a social support. The sample will be formed of family caregivers of Alzheimer's patients, managing different scales for the evaluation of the above.

Estudio de la calidad de vida de Cuidadores Familiares de enfermos de Alzheimer

1. CONTEXTO

1.1. Planteamiento del problema

Las enfermedades asociadas a la edad, en concreto las demencias, suponen un problema sociosanitario en los países desarrollados, con una prevalencia que va a aumentar a lo largo de los años. Según los estudios de World Alzheimer Report, en el año 2010 las demencias afectaban a 36 millones de personas en el mundo. Actualmente las previsiones indican que las cifras se doblaran cada 20 años, por lo que en el año 2050 el número de enfermos podría llegar a alcanzar la cifra de 115 millones (Alzheimer's Disease International, 2010).

En estudios anteriores se ha encontrado, que los cuidadores de personas con demencia tienen mayores niveles de carga que otros cuidadores. (Arango C., Barba, AC., González-Salvador, MT., Lyketos, C, 1999). Además otros estudios han demostrado como los cuidadores informales tiene una peor calidad de vida, incluyendo, un mayor riesgo de desarrollar enfermedades psicológicas, como la depresión, especialmente cuando el grado de dependencia de los ancianos es mayor. (Barbosa, D., Belasco, S., Ferreti, C., Goncalves, A., Pinto, M., Souza, D, 2009). El cuidado por lo tanto, se convierte en un estresor que impacta negativamente en la salud y calidad de vida del cuidador, llegando incluso a sobrecargar a este. La ocupación que supone un enfermo de Alzheimer, hace necesario que en la mayoría de los casos uno de los miembros de la familia se haga cargo y se responsabilice de su cuidado y atención durante el transcurso de la enfermedad. Es ahí donde surge la figura del cuidador principal. Según (Wilson, 1989), se define al cuidador principal como aquel individuo procedente del sistema de apoyo informal del enfermo, bien sea familiar o amigo, y que comprende las siguientes características: asume la responsabilidad de las principales tareas de cuidado, es percibido por los demás como el responsable de asumir el cuidado del enfermo; no recibe remuneración económica, y habiendo realizado las tareas que el acto de cuidar exige, durante un mínimo de 6 semanas a 3 meses.

Los cuidados realizados por los cuidadores familiares, ocasionan graves problemas tanto de salud física como psicológica en los cuidadores. Según autores como

Abanto, Labarta, Pérez (1996) el conjunto de consecuencias negativas que genera el cuidar, se ha etiquetado bajo el nombre de “síndrome del cuidador”. Además, estudios como el de (George y Gwyther, 1986; Whitlatch, 1991) acreditan la aparición de sintomatología depresiva, así como mayor riesgo de experimentar malestar psicológico. Es por esto que el acto de cuidar ha sido conceptualizado como un evento vital estresante (Zarit, 2002).

En contraposición, y con una visión un tanto positiva, a lo largo de la historia, numerosos estudios y teorías han formulado una serie de variables que podrían actuar como mediadoras en este proceso. Desde El Modelo de Proceso del Estrés (Campero, Castro, Hernández, 1997) las estrategias de afrontamiento y el apoyo social, han sido conceptualizadas como las dos principales variables moduladoras, que protegen de los eventos negativos al cuidador (Zarit, 1996).

Por lo tanto, el objetivo de éste trabajo, será estudiar cómo los cuidados a pacientes de Alzheimer, afectan a la salud psicológica de los cuidadores informales. Por otra parte pretendemos estudiar como el apoyo social percibido y recibido por el cuidador afecta a la calidad de vida de estas personas. Es decir, explicar como el acto de cuidar afecta al bienestar psicológico de los cuidadores, y conocer como el apoyo social puede interferir en este proceso.

1.2. Definición de variables

Tras explicar de manera breve el planteamiento de nuestro estudio, pasaremos a argumentar lo que supone el cuerpo del trabajo. Aquí, explicaremos todos los estudios anteriormente realizados sobre este tema, mencionando parte del material bibliográfico que fundamenta la investigación sobre la calidad de vida de cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer.

Calidad de vida

No existe un consenso entre los investigadores y los profesionales de la salud, acerca del término que mejor resume el impacto del acto de cuidar en el cuidador. En la gran cantidad de estudios sobre este tema, se utilizan varios diferentes. La mayoría de ellos, utilizan una connotación negativa, y son pocos los que utilizan una

definición tanto positiva como negativa que el acto de cuidar supone. Uno de los términos que se utilizan con mayor frecuencia es el término carga o sobrecarga del cuidador. Zarit (1996) es uno de los autores que ha estudiado con mayor profundidad el concepto de sobrecarga en cuidadores de pacientes con Alzheimer. Éste, la define como el impacto que el acto de cuidar tiene sobre la salud emocional, física, vida social y situación económica en el cuidador. El concepto de sobrecarga suele tener una cierta relación con el concepto de calidad de vida, ya que algunos autores inciden en la importancia de estudiar la salud de los cuidadores con medidas de calidad de vida (García, 2004). Para definir el concepto de calidad de vida, hemos escogido el descrito por (Shalock y Verdugo, 2003), que la definen como un constructo multidimensional que incluye el bienestar emocional, relaciones interpersonales, el bienestar material, el desarrollo personal, el bienestar físico, la autodeterminación, la inclusión social y los derechos. La calidad de vida relacionada con la salud, refleja un conjunto de actitudes y conductas físicas, emocionales y sociales de las personas, relacionado con su estado de salud. Además, para la valoración de la calidad de vida, es importante tanto la observación por parte de los profesionales de la salud, como la propia percepción que el paciente hace sobre sí mismo.

La calidad de vida percibida por los cuidadores familiares de pacientes con demencia tipo Alzheimer, se ha demostrado que es inferior a la calidad de vida de los cuidadores de personas que no tienen Alzheimer. Entre los cuidadores de personas con enfermedades crónicas, el cuidado realizado a una persona con Alzheimer, es particularmente estresante, llegando a llamar a estos cuidadores como las “víctimas ocultas” de la enfermedad. (Abiola, Oremus, Ploeg, 2013). Aunque hay estudios que acreditan aspectos positivos de la asistencia informal a estos pacientes, está bien documentado que el cuidado a un enfermo con demencia Alzheimer, se asocia con mala calidad de vida y el deterioro de la salud, especialmente en los casos en donde la atención es muy exigente y a largo plazo. (Beinart, Brady, Wade, Weinman, 2012). Las alteraciones psíquicas suelen manifestarse mayoritariamente en forma de síntomas nerviosos, depresión y distanciamiento emocional con el paciente, lo que conduce al empeoramiento de la calidad de vida del cuidador, afectando a varias dimensiones de la misma. (Gaitán, Hernando, Milena, 2010).

Estudios anteriores como el realizado por (Castillo, Laserna, Navío, Peláez, Pérez, Ramírez, Rueda, Torres, 1997), afirman que los cuidadores familiares de pacientes

con demencia, sufren diferentes alteraciones psicológicas, siendo las más frecuentes depresión y ansiedad. Además, debido a la gran cantidad de datos que evidencian la aparición de alteraciones psicológicas, también se han desarrollado diferentes modelos que intentan integrar todo lo estudiado. Por ejemplo, la teoría expuesta por Pearlin y colaboradores, a través del Modelo del Proceso del Estrés, la aparición de patologías se relacionaría con la exposición a ciertos estresores, en este caso a la tarea de cuidar (Laserna, et al. 1997). Será más adelante, cuando hablemos en profundidad de este modelo, ya que resulta de gran eficacia, debido a que integra diferentes aspectos relacionados con la carga del cuidador, así como posibles variables mediadoras, que intervienen en el proceso.

Siguiendo con la línea de investigación, en un estudio realizado por (Ávila, Gaitán, García, 2010), se evidenció las consecuencias negativas que el acto de cuidar tenía en la salud física y psicológica, siendo esta última más grave y más frecuente, manifestándose en forma de síntomas nerviosos, principalmente depresión y distanciamiento emocional con el enfermo, empeorando por lo tanto la calidad de vida de los cuidadores. En un estudio realizado por (Mahoney, Katona, Livingston, Regan, 2005), con una muestra grande de cuidadores familiares, se observó que un porcentaje alto presentaban depresión; asimismo reportaron su salud como mala en varios aspectos de su vida. Los cuidadores tienen un mayor riesgo de experimentar malestar psicológico y muestran tasas más elevadas de depresión, así como niveles de estrés incrementados cuando se comparados con la población general (Carretero, Garcés, Ródenas, 2006). Asimismo, se ha estimado, a través de diferentes estudios de ámbito internacional, que aproximadamente la mitad de los cuidadores están clínicamente deprimidos. En España, en una encuesta realizada sobre el cuidador informal de pacientes con demencia, alrededor de la mitad de cuidadores informaban sentirse deprimidos. Es por ello que la prevalencia de la depresión entre cuidadores de pacientes con demencia oscila entre el 14 y 47% según un estudio realizado por la International Psychogeriatric Association; Carretero et al. (2006).

Apoyo Social

El término apoyo social es considerado como un aspecto multidimensional y está formado por tres grandes dimensiones: a) integración social; b) apoyo social percibido y c) apoyo social provisto, es decir, acciones que otros realizan para

proveer asistencia a un individuo determinado. (Campero, L., Castro, R., Hernández, B, 1997).

Podemos definir el apoyo social estable, cuando el paciente está integrado en una red social que funciona bien. La red de apoyo del paciente formada por familiares, amigos o compañeros de trabajo es estable y funciona adecuadamente, es decir, proporciona apoyo emocional, material o atención al paciente, de acuerdo a sus necesidades. En contraposición, cuando el paciente no está integrado en una red social que funciona bien, es decir, el paciente no tiene familiares, amigos o compañeros de trabajo que proporcionen regularmente apoyo emocional, material o en el cuidado, se conoce como apoyo social inestable.

El término “apoyo social” es importante, ya que protege a las personas de los efectos patogénicos que ocasionan los eventos estresantes. En un estudio realizado por (Barrón, Sánchez, 2001), argumentaron como a lo largo de la historia de la investigación, el apoyo social ha sido uno de los factores más estudiados, en relación a la influencia que éste tiene sobre el bienestar psicológico. Ha sido el Modelo del Proceso del Estrés de Pearlin y colaboradores, el más utilizado en el contexto del cuidador informal, formulado para explicar la carga del acto de cuidar a enfermos con demencia (Pearlin, 1990). Su modelo, adopta un acercamiento multidimensional y comprehensivo en el que se especifican las variables intervinientes que pueden predecir el impacto del cuidado sobre la salud de los cuidadores, así como las variables moduladoras que intervienen en este proceso.

En el libro de Carretero et al. (2006), se recoge detalladamente el Modelo del Proceso del Estrés de Pearlin y colaboradores. Este modelo formula lo siguiente: en un primer lugar, las *variables contextuales* del cuidador influyen potencialmente sobre la adaptación de los individuos al proceso de cuidado, pudiendo afectar al bienestar del cuidador. Entre estas variables contextuales cabe destacar, aquellas características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, ingresos, situación laboral, vínculo familiar), así como las características asociadas al cuidado (cantidad de tiempo proporcionando los cuidados).

Así mismo, propone la existencia de *estresores primarios objetivos* que incluyen la dependencia específica del sujeto, así como las demandas o tareas de cuidados y las

responsabilidades que derivan de ella y a las que el cuidador debe responder (mayoritariamente todas las conductas relacionadas con el enfermo).

A su vez, los estresores primarios objetivos, tendrían un impacto subjetivo en el cuidador, y estos ocasionarían distintas reacciones emocionales negativas en el cuidador. Serían por lo tanto, los *estresores primarios subjetivos*, es decir, la valoración subjetiva del cuidador en referencia a las demandas del cuidado. Sus dimensiones hacen relación a la sobrecarga del rol, esto es, el cuidador se siente cansado emocionalmente, se siente atrapado en su rol de cuidador, y tiene una pérdida de intercambio íntimo entre cuidador y persona cuidada debido a la situación de cuidado.

Los estresores primarios pueden así mismo repercutir o extenderse a otras áreas de la vida del cuidador, fuera de la situación estricta del cuidado. Es lo que los autores llaman *estresores secundarios*. Se manifiestan objetivamente en forma de conflictos familiares y laborales, problemas económicos y reducción del tiempo libre y las actividades sociales, son las llamadas tensiones de rol. Por otro parte, también proponen dimensiones subjetivas, las llamadas tensiones intrapsíquicas, que incluyen la pérdida de la autoestima, pérdida percibida de la identidad personal, sumergiéndose en las demandas de la situación. Como ocurre en el caso de los estresores primarios, existe una cierta variabilidad individual en cuanto al grado de desarrollo de estos estresores.

Por otro lado, el impacto de los estresores se vería regulado por *las variables moduladoras*, que serían las estrategias de afrontamiento y el apoyo social, que permitirían a los cuidadores limitar o disminuir los efectos que el cuidado de una persona dependiente conlleva. En nuestro caso, nos centraremos en el estudio del apoyo social como variable mediadora, desde el punto de vista del Modelo del Proceso de Estrés. El apoyo social tiene múltiples dimensiones, destacando en este contexto la asistencia instrumental, equivalente a la ayuda formal o informal recibida por el cuidador y el apoyo emocional, relacionado con los sentimientos que el cuidador recibe de otras personas.

Por último, la experiencia del cuidador traería consigo una serie de resultados o consecuencias negativas a nivel de salud física y mental, como por ejemplo la depresión, que podrían desembocar en el abandono del rol del cuidador, como resultados de la interacción de todas las influencias anteriormente descritas. Por lo tanto, este modelo tan estudiado en cuidadores familiares de pacientes con demencia,

pone énfasis en el apoyo social como variable mediadora, protegiendo al cuidador de las patologías ocasionadas por los eventos estresantes.

Como apunte beneficioso a la labor del *Psicólogo* en este tipo de población y problema, la investigación sugiere que la asistencia a través de recursos formales, es beneficiosa, y reduce la carga que el acto de cuidar ocasiona. Es por ello, que desde la perspectiva de la provisión de apoyo social formal, la investigación se ha centrado especialmente en estudiar y probar la eficacia de diferentes intervenciones para reducir el estrés, como por ejemplo las intervenciones psicoeducativas o psicosociales; Carretero et al. (2006).

1.3. Justificación del estudio

El estudio de la calidad de vida de los cuidadores familiares de pacientes de Alzheimer, es uno de los temas ampliamente estudiados, y es por ello que desde este punto de vista puede no suponer un tema novedoso. Como hemos dicho anteriormente, el cuidado a pacientes con demencia tipo Alzheimer, supone un evento estresante repercutiendo de forma negativa en la salud psicológica del cuidador. Es por ello, que contribuyendo en mayor medida al estudio de este sector de la población, estamos a la vez concienciando al resto de la población, instituciones sociales, servicios sociales, etc, de la necesidad de crear una figura del psicólogo especializado en este tipo de temas.

Desde la Psicología, se pretende estudiar la prevalencia de las alteraciones emocionales y psíquicas que el cuidar ocasiona, así como el diseño de diferentes intervenciones que puedan disminuir o prevenir este tipo de patologías, para mejorar su calidad de vida y evitar la pronta institucionalización del paciente, que tantas repercusiones sociales y económicas puede con ello acarrear. Por ejemplo, el proceso de institucionalización se ha caracterizado por ser con frecuencia una decisión impulsiva y poco madurada. Los estados de ánimo negativo y el deterioro del estado de salud tanto físico como psicológico, incrementan la fragilidad del cuidador empezando a experimentar sentimientos de derrota y claudicación. Es por ello que los cuidadores ven la institucionalización del paciente como una vía de escape a sus problemas. (Tárraga y Cejudo, 2001).

Algunos estudios publicados como el realizado por (Balañá, Franco, Gobartt, Iglesias, Martín-Carrasco, Pelegrín, Pons, Ros, Roy, 2008), en el que se valora la eficacia de una intervención psicoeducativa en la reducción de la carga del cuidador

en cuidadores de pacientes con demencia, en el apartado de conclusiones se pone de manifiesto que la formación psicosocial de los cuidadores, puede minimizar el estrés del cuidador y dotar al cuidador de estrategias en resolución de problemas. Un programa centrado en intervenciones psicoeducativas, mejora la calidad de vida, y la percepción de la salud de los cuidadores de pacientes con demencia Alzheimer. Además apoyan la idea de que intervenciones de este tipo reducen la carga, y por ello una mejora en la calidad de vida relacionada con la salud, y las tasas de morbilidad psicológica en esta población. Este tipo de estudio, además supone una importante fuente fiable de información, ya que permite suponer que los resultados pueden ser aplicables en general a los cuidadores de pacientes con demencia Alzheimer. Es de suma importancia que los profesionales de la salud jueguen un papel decisivo en la prestación de ayuda a los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer y deberían tratar de proporcionar los medios para la educación de los cuidadores acerca de la demencia, el apoyo psicológico y asistencia en la movilización de redes de apoyo social. (Beinart, Brady, Weinman, 2012).

Por lo tanto, la figura del cuidador debe suponer un tema de mayor relevancia para la sociedad. Se puede llegar a desconocer el verdadero peligro al que están expuestos día a día los cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Con los datos que alertan del aumento masivo de la población anciana y con ello de las patologías asociadas a la edad, este sector de la población, debería de considerarse como algo primordial en temas relacionados con la salud de nuestro país y del resto del mundo. Por ello trabajos como éste, sirven para darles a los cuidadores la importancia que se merecen, y poder adoptar soluciones que mejoren su situación, o poder identificar tempranamente dichas disfunciones.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1. Objetivos

Objetivo General: Estudiar cómo el acto de cuidar a pacientes de Alzheimer, repercute en la calidad de vida de los cuidadores familiares.

Objetivos Específicos:

- 1) Conocer la presencia de alteraciones emocionales en cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer.
- 2) Estudiar el efecto de una variable moduladora, como el apoyo social, y como ésta repercute en la calidad de vida.

2.2. Hipótesis

Hipótesis 1: La puntuación en las escalas que miden la sobrecarga del cuidador se relacionará negativamente con la puntuación de la escala Euroqol-5D de calidad de vida.

Hipótesis 2: Los cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer, obtendrán puntuaciones más altas en las escalas de medición del malestar psicológico.

Hipótesis 3: Aquellos cuidadores que perciban una red de apoyo estable obtendrán puntuaciones más altas en la escala Euroqol-5D de calidad de vida.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño

Utilizaremos un diseño observacional de tipo transversal. No se realizará ningún tipo de manipulación de las variables por parte del investigador.

3.2. Muestra

El estudio está dirigido a aquellas personas que tienen a su cuidado a un enfermo con demencia Alzheimer, pertenecientes al municipio de Zaragoza. La muestra de nuestro estudio será seleccionada bajo un criterio fundamental: ser cuidador principal de pacientes diagnosticados de demencia tipo Alzheimer, cuyos cuidados se realicen en el hogar, dedicando más de 4 horas al día al cuidado del enfermo, y tener una edad igual o superior a 18 años.

Para la muestra de nuestro estudio, consultaremos el registro de la Ley de Dependencia, para informarnos de la cifra total de cuidadores que están a cargo de un enfermo. De esa muestra consultada, nos centraremos únicamente en cuidadores que estén al cargo de un enfermo con demencia Alzheimer. Como el estudio, está destinado a los cuidadores que residen en la ciudad de Zaragoza, seleccionaremos aquellos que residan únicamente en dicha ciudad. Tras obtener la cifra total del Registro de la Ley de Dependencia, escogeremos de forma totalmente aleatoria a un total de cuidadores, que serán los que formen la muestra del estudio, para que ésta sea totalmente representativa de la población. Los participantes de nuestro estudio, serán contactados por los investigadores, con el fin de ofrecerles la posibilidad de participar en un estudio que determine y valore su calidad de vida. Se les garantizará la confidencialidad y anonimato. La participación será voluntaria, sin incentivos económicos o de otro tipo.

3.3. Criterios de Inclusión y Exclusión

Participarán en el estudio cuidadores principales pertenecientes al municipio de Zaragoza, sin distinción de etnia, sexo y edad, sólo necesariamente que se encuentren al cuidado de un enfermo de Alzheimer, que residan en Zaragoza, y registrados en el Registro de la Ley de la Dependencia como cuidadores principales. La exclusión del estudio de aquellos cuidadores se deberá a: cuidadores que no hayan dado su consentimiento a participar en el estudio o informen que padecen problemas físicos o psíquicos que dificulten la realización de las encuestas.

3.4. Instrumentos

En cuanto a los materiales utilizados en este proyecto, no se ha elaborado ningún cuestionario personal el cual aplicar. Se realizará una entrevista semiestructurada (Anexo-1), realizada por los entrevistadores, en la cual se recogerán una serie de preguntas relacionadas con los objetivos de nuestra investigación. Dicha entrevista tendrá como único objetivo, recabar información sobre el sujeto. El material de la entrevista será tratado según temas que surgen del propio contenido obtenido de la entrevista, siendo así la inexistencia de Ítems o categorías predeterminadas.

También, utilizaremos la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, (Anexo-2), para medir el nivel de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos afectados de Alzheimer. El test, consta de 22 ítems, relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuidan a otra persona, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde el 1 (nunca) a 5 (casi siempre).

Por otro lado, aplicaremos el cuestionario EuroQol-5D (EQ-5D) (Anexo-3), para evaluar la Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS), que puede utilizarse tanto en individuos relativamente sanos (población general) como en grupos de pacientes con diferentes patologías.

El propio individuo valora su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo) (fig. 1) y luego en una escala visual análoga (EVA) de evaluación más general (fig. 2). Un tercer elemento del EQ-5D es el índice de valores sociales que se obtiene para cada estado de salud generado por el instrumento. El sistema descriptivo contiene cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y cada una de ellas tiene tres niveles de gravedad (sin problemas, algunos problemas o problemas moderados y problemas graves). En esta parte del cuestionario el individuo debe marcar el nivel de gravedad correspondiente a su estado de salud en cada una de las dimensiones, refiriéndose al mismo día que cumplimente el cuestionario. En cada dimensión del EQ-5D, los niveles de gravedad se codifican con un 1 si la opción de respuesta es “no (tengo) problemas”; con un 2 si la opción de respuesta es “algunos o moderados problemas”; y con un 3 si la opción de respuesta es “muchos problemas”.

Por último, aplicaremos el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Anexo-4), para evaluar la depresión, o cualquier tipo de sintomatología depresiva. El test consta de 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivo, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos. Por cada ítem, se debe de elegir la opción que mejor refleje la situación del individuo, obteniendo la puntuación total, de la suma de cada uno de los ítems, que puntúan del 0 al 3. El rango de puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad-severidad son los siguientes: no

depresión (0-9 puntos); depresión leve (10-18 puntos); depresión moderada (19-29); depresión grave (más de 30 puntos).

3.5. Procedimiento

Se procederá a consultar el Registro de la Ley de Dependencia para reclutar a cuidadores principales de enfermos de Alzheimer que residan en el municipio de Zaragoza. Serán los propios investigadores del estudio, los encargados de consultar las bases de datos del registro, y contactar con los participantes seleccionados de forma aleatoria. Los sujetos que formarán parte de nuestro estudio, no serán evaluados con anterioridad, ya que el criterio principal para la investigación es que sean cuidadores principales de pacientes diagnosticados con demencia tipo Alzheimer.

En la primera fase del estudio, los investigadores contactarán con los cuidadores seleccionados de forma aleatoria, y que formarán la muestra. Se contactará con ellos, por vía telefónica, o asistiendo a los hogares donde residan. En esta primera toma de contacto, los investigadores, informarán de los objetivos del estudio. Por parte de los participantes, se confirmará o no la participación en el estudio.

En una segunda fase, los investigadores previamente estandarizados en el método, administrarán la entrevista. Además, se les aplicará las diferentes escalas de medida, para valorar su calidad de vida y posibles alteraciones emocionales, habilitadas para este tipo de población.

Los resultados del estudio, servirán para que ellos mismos conozcan cuál es su situación, y poder adoptar posibles estrategias de afrontamiento para un futuro, así como para contribuir al estudio de este tipo de población, y poder afirmar los datos ya existentes sobre este sector de la población.

Toda la información recogida, será totalmente confidencial, por derecho de los participantes, y como dicta el Código deontológico que regula la profesión del Psicólogo.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

En este apartado, mencionaremos los recursos y tiempo necesarios para el desarrollo y ejecución del estudio.

4.1. Recursos Necesarios

En relación a los recursos necesarios para el desarrollo del estudio, estos se dividirán en tres: materiales, humanos y financieros.

En cuanto a los recursos materiales, serán necesarios, los espacios físicos dónde se llevarán a cabo el proyecto, es decir, las salas donde los participantes serán evaluados y entrevistados. Además, se utilizarán diferentes medios tecnológicos, como ordenadores etc, como material de ayuda de los entrevistadores, así como los diferentes cuestionarios impresos que serán administrados a los participantes. En cuanto a la difusión del proyecto, se podrán utilizar diferentes medios propagandísticos, como carteles, folletos informativos etc, para dar a conocer el estudio.

En relación a los recursos humanos, éstos se refieren a las personas que llevarán a cabo el estudio. Al hablar de temas relacionados con la Psicología, y al ser un proyecto basado en dicha materia, los investigadores, encuestadores etc, serán todos ellos Graduados/Licenciados en Psicología. Si la situación lo requiere, podrán formar parte del estudio, personal de apoyo para el desarrollo de diferentes tareas, siempre y cuando posean o estén realizando algún título relacionado con la materia.

Por último, los recursos financieros, hacen referencia a los presupuestos necesarios para el desarrollo del estudio. Como hemos dicho anteriormente, los participantes del estudio no serán recompensados con ningún incentivo económico o de otro tipo.

En cuanto al presupuesto establecido para la puesta en marcha del proyecto, no se ha elaborado ningún plan financiero al respecto. Sí cabe pensar, la petición de ayuda a diferentes organismos, como por ejemplo La Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer, o al Colegio Oficial de Psicólogos de Aragón. Realmente, no hemos contactado con ellos, pero hemos consultado sus estatutos, y hemos comprobado que

algunos de ellos podrían ayudarnos económicamente. A continuación, presentamos el artículo relacionado con lo que acabamos de comentar:

Artículo nº4 del Estatuto del Colegio Oficial de Psicólogos de Aragón (COPPA):

*“Funciones del estatuto del Colegio Oficial de Psicólogos de Aragón (COPPA)
Organizar actividades de perfeccionamiento y actualización científico profesional de los/as colegiados/as tanto de tipo formativo como de investigación, tales como cursos, jornadas, congresos, publicaciones y cuantas otras se orienten a los objetivos citados”.*

5. LIMITACIONES

Ya sabemos que uno de los objetivos de dicho estudio es valorar y conocer la calidad de vida de los cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer. Como hemos nombrado anteriormente, el concepto de calidad de vida es un concepto un tanto difícil de definir, ya que se trata de un término multidimensional, que abarca diferentes aspectos de la vida del individuo. Concretamente en éste estudio, nos basamos en el análisis de dos dimensiones que en mayor medida están relacionadas con la Psicología, como es la dimensión psicológica y social. Es por ello que al hablar de un término que abarca multitud de aspectos relacionados con la vida del cuidador, en este sentido, podamos estar reduciéndolo sólo a aspectos psicológicos y sociales. Por otro lado, también tenemos la dificultad para medir el concepto de apoyo social recibido y percibido.

Otra de las limitaciones que pueden surgir en nuestro estudio, es la posibilidad por parte de los cuidadores de la negación a participar en el proyecto, o bien porque no creen que lo vayan a necesitar o porque carecen del tiempo necesario para acudir. (Carretero, Garcés, Ródenas, 2006).

6. BIBLIOGRAFÍA

Abanto, J., Labarta, J., Pérez, J.M. (1996). El síndrome del cuidador en los procesos de deterioro cognoscitivo. *Atención Primaria*, 18, 194-202. Descargado el 30 de mayo de 2013 de

<http://www.elsevier.es/en/node/2001201>

Abengózar, M.C., Roig, M.V., Serra, E. (1998). La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología*, 14, 215-227.

Abiola, H., Parminder, R., Ploeg, J., Shannon, H. (2013). Association between caregiver quality of life and the care provided to persons with Alzheimer's disease: protocol for a systematic review. Descargado el 18 de junio de 2012 de

<http://www.systematicreviewsjournal.com/content/2/1/17>

Alzheimer's Disease International. (2010). *World Alzheimer Report 2010. The global Economic Impact of Dementia*. Londres: autor.

Anderson, K., Sansoni, J., Varela, G., Varona, L, (2011). Alzheimer's care at home: a focus on caregivers strain. *Pub Med*, 64(3), 113.117. Descargado el 18 de junio de 2013 de

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3662364/>

Balañá, M., Franco, M., Gobartt, A.L., Iglesias, C., Martín-Carrasco, M., Pelegrín, C., Pons, S., Ros, S., Roy, P. (2008). Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease patient's caregivers. *International Journal Geriatric Psychiatric*, 24, 489-499.

Baqutayan, S., (2001). Stress and Social Support. *IndianJ Psychol Med*, 33(1), 29-34. Descargado el 17 de junio de 2013 de

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3195151/#!po=3.84615>

Barrón, A., Sánchez, E. (2001) Estructura Social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13, 17-23. Descargado el 3 de junio de 2013 de

<http://www.psicothema.com/pdf/408.pdf>

Bauco, C., Di Brango, T., De vito, E., Di Coccio, L., Ferrara, M., y Langiano, E. (2008). Prevalence of stress, anxiety and depression in with Alzheimer caregivers. *Health of Qual Life Outcomes*, 6, 93. Descargado el 28 de mayo de 2013 de

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2586019/>

Beirnat, N., Brady, R., Wade, D., Weinman, J. (2012). Caregiver burden and psychoeducational interventions in Alzheimer's disease: a review. *Pub Med*, 638-648. Descargado el 18 de junio de 2013 de

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3551411/>

Bruvik, K., Engedal, K., Hysten, A., Ulstein, I. (2012). The quality of life of people with dementia and their family carers. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 34, 7-14. Descargado el 3 de junio de 2013 de

<http://www.karger.com/Article/Pdf/341584>

Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. Descargado el 18 de abril de 2013 de

<http://es.scribd.com/doc/137900591/136>

Carretero Gómez, S., Garcés Ferrer, J., Ródenas Rigla, F, (2006). La sobrecarga de los cuidadores de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial.

Castro, R., Campero, L., y Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista Saúde Pública*.

Codificación clínica con la CIE-9-MC. Actualización en la codificación de enfermedades mentales. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. Boletín número 34, Año XV, Enero, 2011.

Colegio Oficial de Psicólogos, Descargado el 18 de junio de 2013 de <http://www.coppa.es/>

Esandí Larramendi N, Canga-Armayor A. Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica. Gerokomos. 2011; 22(2): 56-61.

Ferri Cp., Príncipe M., Brodaty H., et al. La prevalencia global de la demencia: un estudio de consenso. Delphi. Lancet. 2005; 366: 2112-2117.

Gaitán, J., Hernando, A., y Milena, J. (2010). Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia. Revista Colombiana de Psicología, 19, 71-84. Descargado el 3 de junio de 2013 de http://www.academia.edu/959929/Habilidades_para_el_cuidado_y_depresion_en_cuidadores_de_pacientes_con_demencia_Skills_for_the_care_and_depression_in_care_givers_of_patients_with_dementia

Garcés de los Fayos, E.J., Peinado Portero, A.I. *Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido*. Universidad de Murcia

Igado Vilanova, M. (2011-2012). Evaluación de la calidad de vida del cuidador principal de enfermos de Alzheimer. Trabajo fin de grado, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza.

Izal-Fernández, M., Losada, A., Márquez, M., Montorio, I., Pérez, G. Eficacia de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia.

Laserna, J.A. (1997). Alteraciones emocionales y variables moduladoras en familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer. Universidad de Jaén. Psicología conductual, vol., 5 nº3, 365-375. Descargado el 3 de junio de 2013 de

<http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/1997/art03.3.05.pdf>

Leite Funchal Camacho AC, Coelho MJ. Cuidados de enfermería al anciano enfermo de Alzheimer. Enf Global. 2009; 17:1-8

Lim, J.W., y Zebrack, B. (2004). Caring for family members with chronic physical illness: A critical review of caregiver literature. Descargado el 28 de mayo de 2013 de

<http://www.hqlo.com/content/2/1/50>

Martire, M., Schulz, R. Family Caregiving of persons with dementia. (2004). Am Geriatric Psychiatric. Descargado el 3 de junio de 2013 de

<http://www.ucsur.pitt.edu/files/schulz/AJGPFamilyCaregiving.pdf>

Modelo de Calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (Imsero). Descargado el 4 de junio de 2013 de

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-modelocalidad-01.pdf>

Osorio-Lambis, M. (2011). Calidad de vida de los cuidadores familiares de los pacientes con enfermedad de Alzheimer. Tesis doctoral no publicada, Facultad de Medicina, Universidad nacional de Colombia.

Pérez Peñaranda, A. (2006). El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental. Tesis doctoral no publicada, Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca.

Psicología98.com Inventario de Depresión de Beck (2011). Descargado el 10 de mayo de 2013 de

<http://www.psicologia98.com/2011/01/inventario-de-depresion-de-beck-bdi.html>

Ruiz-Adame Reina, M. (2000). El papel del psicólogo en la enfermedad de Alzheimer., Papeles del Psicólogo. Recuperado el 29 de Abril de 2013, de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=833>.

Toledo, J. (2011). Epidemiología descriptiva y analítica de la enfermedad de Alzheimer. *Alzheimer*, 47, 16-23. Recuperado el 9 de Abril de 2013, de <http://www.revistaalzheimer.com/>.

Úbeda Bonet, I. (2009). Calidad de vida de los cuidadores familiares: evaluación mediante un cuestionario. Tesis doctoral no publicada, Escuela de Enfermería, Universidad de Barcelona.

Wilson, H.S. (1998). Family caregiving for a relative with Alzheimer's Dementia: Coping with Negative Choices. *Nursing Research*, 38(2), 94-98.

Zarit, S.H. (1996). Families at the Crossroads: Caring for Disabled Older People. Pennsylvania: Penn State University, Gerontology Center, College of Health and Human Development.

7. ANEXOS

- Guión de la entrevista (Anexo-1)

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1.- DATOS DE ENTREVISTADOR Y DE LA ENTREVISTA

ENTREVISTADOR: Nombre: _ Apellidos: _

ENTREVISTA

- 1.- Completa
- 2.- Incompleta
- 4.- No realizada

2.- DATOS SOCIO - DEMOGRÁFICOS

DEMOGRÁFICOS

FECHA DE NACIMIENTO: _

SEXO: (1. Varón, 2. Mujer) _____

ESTADO CIVIL: (1. Soltero, 2. Casado/pareja, 3. Separado/divorciado, 4. Viudo, 5. Religioso) _____

PROCEDENCIA: (1. Rural, 2. Urbana) _____

¿CON QUIEN VIVE?

- 1.- Solo
- 2.- Con el cónyuge

Estudio de la Calidad de Vida

- 3.- Con el cónyuge e hijos
- 4.- Con hijos
- 5.- Otros. Especificar:
- 6.- Residencia de ancianos

CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÓMICO-CULTURALES**NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

- 1.- Analfabeto
- 2.- Alfabeto
- 8.- No sabe/sin datos
- 9.- No preguntado

MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS (FORMALES) COMPLETADOS

- 1.- Primarios incompletos
- 2.- Primarios completos
- 3.- Bachiller/ FP
- 4.- Universitarios
- 9.- Sin datos

SITUACIÓN LABORAL ACTUAL

- 1.- Activo
- 2.- Incapacidad laboral permanente
- 3.- Jubilado
- 4.- Otra situación
- 8.- No sabe/sin datos
- 9.- No preguntado

¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN QUE DESEMPEÑA EN LA ACTUALIDAD O LA ÚLTIMA QUE HA DESEMPEÑADO DURANTE MÁS TIEMPO?

ESPECIFICAR: _____

- 1.- Trabajador por cuenta ajena, sin supervisión de personal.

Estudio de la Calidad de Vida

- 2.- Trabajador por cuenta ajena, capataz, supervisor o encargado.
- 3.- Gerente o asimilado de una empresa, con 10 ó más asalariados.
- 4.- Gerente o asimilado de una empresa, con menos de 10 asalariados.
- 5.- Otro trabajador por cuenta ajena no clasificable
- 6.- Trabajador por cuenta propia, sin asalariados.
- 7.- Trabajador por cuenta propia, con 10 ó más asalariados.
- 8.- Trabajador por cuenta propia, con menos de 10 asalariados.
- 9.- No sabe/ sin datos/no preguntado

4- CALIDAD DE VIDA

4.1 ESTADO GENERAL DE SALUD

Para rellenar la siguiente sección, conteste a las preguntas según las siguientes afirmaciones:

- 1.- No en absoluto
- 2.- No más que lo habitual
- 3.- Algo más que lo habitual
- 4.- Mucho más que lo habitual

¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?

¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?

¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?

¿Se ha sentido poco feliz o deprimido?

¿Ha perdido confianza en sí mismo?

¿Ha pensado que es una persona que no sirve para nada?

¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?

¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades de cada día?

¿Ha sido capaz de hacer frente, adecuadamente, a sus problemas?

4.2. GRADO DE SATISFACCIÓN DE VIDA

Para rellenar la siguiente sección, conteste según las siguientes afirmaciones:

1.- Muy en desacuerdo 2.- En desacuerdo 3.- Entre medio 4.- De acuerdo 5.-
Muy de acuerdo

El tipo de vida que llevo se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar

Las condiciones de mi vida son excelentes

Estoy satisfecho con mi vida

Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida

Si pudiera vivir mi vida de nuevo, me gustaría que todo volviese a ser igual

Estudio de la Calidad de Vida

- Instrumentos de evaluación del cuidador

(Anexo-2)

Escala de Sobrecarga del Cuidador- Test de Zarit**ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR - TEST DE ZARIT**

Indicación: Medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos afectos de trastornos mentales.

Codificación proceso: 00061 Cansancio en el desempeño del rol de cuidador (NANDA).

Administración: consta de 22 ítemes relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuidan a otra persona, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre). Autoadministrada.

Interpretación:

- <47: No sobrecarga
- 47 a 55: Sobrecarga leve
- >55: Sobrecarga intensa

Reevaluación: Cuando la situación del paciente cambie o se sospeche aparición de sobrecarga en el cuidador. De forma genérica con carácter anual.

Propiedades psicométricas Se ha estudiado la validez de concepto y la validez de constructo. La consistencia interna de la escala es de 0,91 y la fiabilidad test-retest es de 0,86.

TEST DE ZARIT - ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
¿Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
TOTAL	

OPCIONES

1= Nunca 2= Rara vez 3= Algunas veces 4= Bastantes veces 5= Casi siempre

(Anexo-3)

Cuestionario de Salud EQ-5D (EuroQol- 5D)

Sistema descriptivo del EQ-5D

Marque con una cruz como ésta aquellas afirmaciones que describan mejor su estado de salud el día de hoy.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en cama

Cuidado-Personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo
- Soy incapaz de lavarme o vestirme solo

Actividades Cotidianas (*ej, trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o actividades recreativas*)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor/Malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo un dolor o malestar moderado
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/Depresión

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

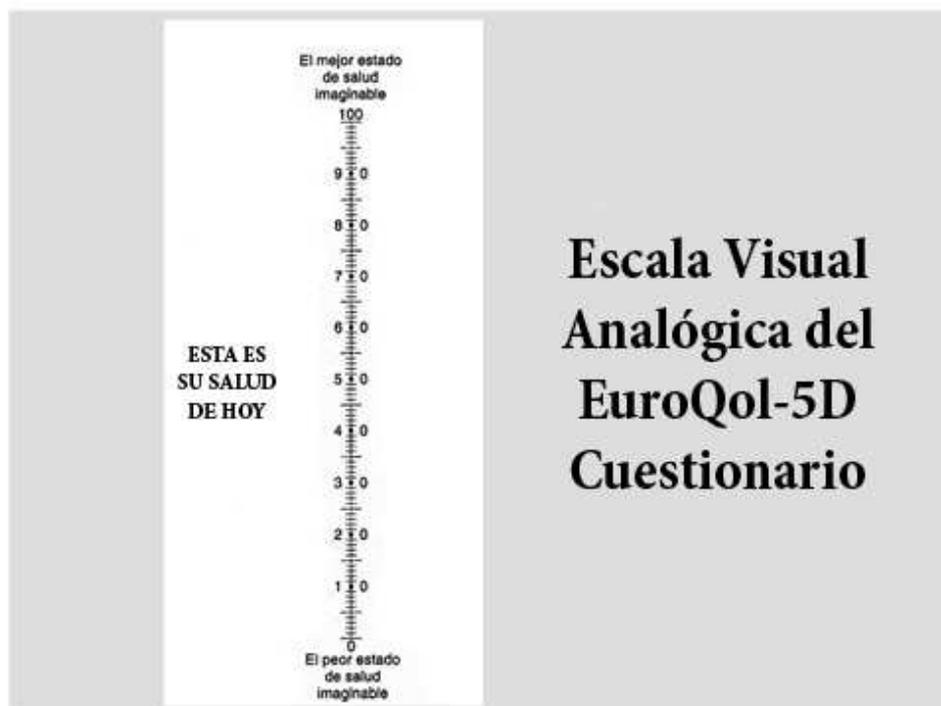
(Anexo-3)

Cuestionario de Salud EQ-5D (EuroQol- 5D)

Escala visual análoga del EQ-5D

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse, y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice «Su estado de salud hoy» hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.



Su estado de salud hoy

(Anexo-4)

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Inventario de Depresión de Beck (BDI, 1978, versión de 21 ítems)

1. Tristeza ¿se siente triste? ¿Tanto que no puede dejar de estarlo?
 - 0 No me siento triste
 - 1 Me siento triste
 - 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
 - 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

2. Pesimismo ¿se siente Vd. desanimado con respecto al futuro?
 - 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
 - 1 Me siento desanimado respecto al futuro
 - 2 Siento que no tengo nada que esperar
 - 3 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán

3. Sentimiento de fracaso ¿se siente fracasado?
 - 0 No me siento fracasado
 - 1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
 - 2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
 - 3 Me siento una persona totalmente fracasada

4. Insatisfacción ¿ha notado que las cosas ya no le producen la misma satisfacción?
 - 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes
 - 1 No disfruto de las cosas tanto como antes
 - 2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica con las cosas
 - 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo

5. Culpabilidad ¿se siente culpable?

- 0 No me siento especialmente culpable
- 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones
- 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
- 3 Me siento culpable constantemente

6. Sentimiento de castigo ¿ha llegado a pensar que está siendo castigado por algo?

- 0 No creo que esté siendo castigado
- 1 Me siento como si voy a ser castigado
- 2 Espero ser castigado
- 3 Siento que estoy siendo castigado

7. Autodecepción ¿se siente decepcionado consigo mismo?

- 0 No estoy decepcionado conmigo mismo
- 1 Estoy decepcionado conmigo mismo
- 2 Me avergüenzo de mí mismo
- 3 Me detesto

8. Autoculpación

- 0 No me considero peor que cualquier otra persona
- 1 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores
- 2 Continuamente me culpo por mis faltas
- 3 Me culpo por todo lo malo que sucede

9. Ideas de suicidio ¿tiene ganas de vivir? ¿Alguna vez ha pensado en que preferiría estar muerto?

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

10. Llanto ¿tiene ganas de llorar? ¿Más de lo normal? Pero, ¿querría hacerlo y no puede?

- 0 No lloro más de lo que solía
- 1 Ahora lloro más que antes
- 2 Lloro continuamente
- 3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar ni aunque quiera

11. Irritación ¿está ahora más irritable de lo normal?

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

12. Desinterés social ¿ha perdido el interés por los demás?

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

13. Indecisión ¿tiene dificultades en tomas decisiones?

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

14. Pobre imagen corporal ¿se siente con peor aspecto que antes? O, ¿más viejo? ¿Menos atractivo?

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

15. Dificultad laboral ¿le cuesta mucho esfuerzo hacer las cosas? (atender visitas, asearse salir de la habitación, etc.)

- 0 Trabajo igual que antes
- 1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo
- 2 Tengo que obligarme mucho para hacer cualquier cosa
- 3 No puedo hacer nada en absoluto

16. Insomnio ¿qué tal duerme?

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

17. Fatiga ¿se siente más cansado de lo normal?

- 0 No me siento más cansado de lo normal
- 1 Me canso más que antes
- 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa
- 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada

18. Pérdida del apetito ¿qué tal apetito tiene?

- 0 Mi apetito no ha disminuido
- 1 No tengo tan buen apetito como antes
- 2 Ahora tengo mucho menos apetito
- 3 He perdido completamente el apetito

19. Pérdida de peso ¿ha perdido peso?

- 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
- 1 He perdido más de 2 kilos
- 2 He perdido más de 4 kilos
- 3 He perdido más de 7 kilos

20. Hipocondría ¿le preocupa su salud más de lo habitual?

- 0 No estoy más preocupado por mi salud que lo habitual
- 1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
- 2 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más
- 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en ninguna otra cosa

21. Desinterés por el sexo ¿mantiene el interés por el sexo?

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

TOTAL BDI.....

