

3. Prevalencia de depresión en adultos de la ciudad de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil*

Prevalence of depression in adults in the city of Montes Claros – Minas Gerais – Brazil

Ellen Prates Flies

Universidad Adventista del Plata
Libertador San Martín, Argentina
ellenprates77@gmail.com

Recibido: 27 de marzo de 2024

Aceptado: 21 de junio de 2024

Resumen

Introducción. La depresión es cada vez más frecuente en distintos grupos de la sociedad. Al afectar sus capacidades, perjudica al ser humano en varios aspectos que interfieren en la vida cotidiana. El objetivo del presente trabajo fue establecer la prevalencia de depresión en adultos residentes en la ciudad de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

Metodología. De forma presencial, durante los meses de abril y mayo de 2023, se recolectaron datos de cien personas que asisten regularmente a una Iglesia adventista en Montes Claros. El estudio fue descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. El instrumento utilizado fue el inventario de depresión de Beck. También se preguntaron los siguientes datos sociodemográficos: edad, género, grado de educación y estado civil.

Resultados. De los cien participantes del estudio, el 30 % tiene depresión leve a moderada, el 17 % tiene depresión moderada a severa, el 4 % se encuentra con depresión severa y el 49 % no está deprimido. Las mujeres presentaron una prevalencia de depresión mayor que la de los hombres.

Conclusión. A partir de la evaluación precedente, se pudo cuantificar el nivel de salud mental de un grupo poblacional en relación con síntomas marcadores de depresión y sus grados. Los datos obtenidos indicaron que el 49 % de los encuestados no está deprimido y que el 51 % se encuentra con algún grado de depresión, de leve a severo. Esto nos lleva a concluir que todavía hay mucho que se puede hacer para bajar las cifras de prevalencia. Es necesario crear más programas de intervención, así como brindar ayuda especializada de fácil acceso a las personas de las comunidades religiosas.

Palabras claves

Depresión — Cuestionario de Beck — Prevalencia

Abstract

Introduction. Depression is increasingly common across various segments of society, detrimentally affecting individuals in multiple ways that interfere with daily life and diminish their capabilities. Thus, the objective of this study was to establish the prevalence of depression among adults residing in the city of Montes Claros, Minas Gerais, Brazil.

* La autora declara que no existe conflicto de intereses.

Methodology. Data were collected in person from 100 individuals attending a Seventh-day Adventist Church in April and May 2023. The study was descriptive, retrospective, and cross-sectional. The instrument used was the Beck Depression Inventory. Additionally, participants were queried on sociodemographic data: age, gender, education level, and marital status.

Results. Out of the 100 study participants, 30% had mild to moderate depression, 17% had moderate to severe depression, 4% had severe depression, and 49% were not depressed. Females showed higher prevalence rates of depression compared to males.

Conclusion. Based on the assessment, the mental health status regarding depression symptoms and severity levels in this population group was quantified. The data indicated that 49% of respondents were not depressed, while 51% experienced some degree of depression, from mild to severe. This leads to the conclusion that there is still much that can be done to lower prevalence rates. There is a need for the development of more intervention programs, as well as closer and more easily accessible specialized assistance for individuals in these religious communities.

Keywords

Depression — Beck Inventory — Prevalence

Introducción

Los trastornos mentales son cada vez más frecuentes y prevalentes en la sociedad en general. De acuerdo con informaciones divulgadas en abril de 2017 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen en el mundo más de 300 millones de individuos de todas las edades que sufren de depresión (1). La depresión es cada vez más frecuente en distintos grupos de la sociedad, y la identificación temprana de estos pacientes y los factores relacionados con el desarrollo de esta enfermedad se vuelve importante para establecer cuidados y tratamientos preventivos.

De acuerdo con la OMS, cerca del 5,8 % de la población brasileña sufre de depresión, lo que equivale a 11,5 millones de personas aproximadamente. El índice es el mayor de América Latina y el segundo mayor en las Américas, apenas detrás de los Estados Unidos, que registra depresión en el 5,9 % de la población, lo que equivale a 17,4 millones de casos.

Además de Brasil y los Estados Unidos, países como Ucrania, Australia y Estonia también registran altos índices de depresión en su población: 6,3 %, 5,9 % y 5,9% respectivamente. Entre las naciones con los menores índices del trastorno están las Islas Salomón (2,9 %) y Guatemala (3,7 %).

La prevalencia en la población mundial es de 4,4 % (2).

La depresión está caracterizada por sentimientos negativos que persisten en el tiempo (3). Estos múltiples sentimientos afectan muchas capacidades del ser humano e interfieren en su vida cotidiana. La depresión es un estado de existencia marcado por un sentimiento de opresión, agobio y pesar que afecta a la persona física, mental, espiritual y socialmente (4).

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo evaluar la prevalencia de depresión en adultos residentes en la ciudad de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Estos adultos tienen la característica particular de que asisten a una Iglesia adventista, sin embargo, no es objeto de esta investigación analizar la relación del estado de ánimo con la religiosidad.

La Iglesia Adventista del Séptimo Día, con más de 21,9 millones de miembros en todo el mundo, es una iglesia cristiana protestante organizada en 1863 en los Estados Unidos. Los adventistas creen en una vida consagrada a Dios en el aspecto físico, psicológico, emocional y espiritual (5). Esta institución, a través de sus ministerios específicos, desarrolla distintos programas y proyectos, algunos de

ellos destinados a la prevención de trastornos del estado de ánimo.

Utilizando el inventario de depresión de Beck, se realizó un análisis estadístico para evaluar los síntomas de depresión reportados por los miembros de esta organización, enfocándose en posibles

áreas de preocupación, como la falta de interés en las relaciones sociales, manifestaciones conductuales, alimenticias, entre otras. Los resultados obtenidos podrían ser valiosos para planificar intervenciones futuras, en caso de ser necesario.

Metodología

El diseño de este estudio fue descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. La muestra fue tomada de forma no probabilística por conveniencia a un total de cien personas que asisten regularmente a la Iglesia Adventista del Séptimo Día del barrio Major Prates en Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, durante los meses de abril y mayo de 2023.

La población incluida en la investigación estuvo compuesta por personas mayores de dieciocho años que asisten regularmente a la Iglesia Adventista del Séptimo Día y que firmaron de forma voluntaria el consentimiento informado.

Para la recolección de datos, se le envió a cada participante vía WhatsApp un texto informativo sobre la investigación. Fueron respondidas todas las dudas que surgieron durante el proceso de presentación del estudio. De forma personal se les entregó el consentimiento informado a todos los que aceptaron participar. A la brevedad, se les envió también vía WhatsApp un enlace para acceder al cuestionario. Los participantes lo completaron y enviaron sus respuestas de forma anónima.

El instrumento utilizado fue el inventario de depresión de Beck. Este es de autoaplicación y consta de 21 ítems (ver anexo). Ha sido diseñado para evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de trece años. El cuestionario de Beck es una escala

clásica validada en casi todos los idiomas, inclusive el portugués, con el fin de detectar sintomatología depresiva (6). En cada uno de los ítems, la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que completa el instrumento. Se preguntaron, además, una serie de datos sociodemográficos: edad, género, grado de educación y estado civil.

Se obtuvo una autorización firmada del pastor de la Iglesia adventista del barrio Major Prates para la realización de la investigación con las personas que asisten a esa iglesia. Este estudio garantizó la confidencialidad de la identidad de los pacientes, y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Adventista del Plata. Los datos fueron recolectados a través de las respuestas de los encuestados y almacenados en hojas de cálculo de Microsoft Excel para su posterior análisis.

Los datos fueron ingresados y analizados mediante el uso del software *Statistical Product and Service Solutions* (SPSS) para Windows. Se usó el estadístico de análisis de correlación de Pearson para la asociación entre depresión y las distintas variables, y se consideró que un valor de $p < 0,05$ era estadísticamente significativo en todas las pruebas realizadas.

Resultados

La Iglesia Adventista Del Séptimo Día del barrio Major Prates tiene un total de 160 asistentes regulares. El estudio se llevó a cabo con un total de 100 participantes, y se utilizó el inventario de depresión de Beck como instrumento de evaluación del estado de ánimo.

El cuestionario de Beck es una escala subjetiva. Mide el nivel de depresión de una persona; la confirmación del diagnóstico se determina a través de una reevaluación. El cuestionario es autoadministrado, contiene 21 consignas y cada una de ellas consiste en la manifestación de un comportamiento

propio de la enfermedad (7). La misma es llamada sintomática, dado que los tópicos describen actitudes o síntomas. Cada uno de ellos posee alternativas enumeradas de 0 a 3, conforme a la gravedad de la depresión. El número 0 siempre indica intensidad mínima; el número 1, intensidad leve; el 2, intensidad moderada; el 3, intensidad grave (7). Las puntuaciones varían de acuerdo con la intensidad de los síntomas.

El 56 % de los encuestados fueron mujeres ($n = 56$) y el 44 % de los encuestados fueron hombres ($n = 44$). El 18 % indicó que su estado civil era soltero; el 68 %, casado; el 12 %, divorciado/a, y el

2 %, viudo. En cuanto al grado de educación, el 17 % posee escolaridad incompleta; el 38 %, escolaridad completa; el 15 %, educación superior incompleta, y el 30 %, educación superior completa. Se registró una edad promedio de $44,22 \pm 13,92$ años, con un mínimo de 21 años y un máximo de 80.

En relación con los niveles de depresión, los datos obtenidos indican que el 49 % de los participantes ($n = 49$) no está deprimido, el 30 % ($n = 30$) tiene depresión leve a moderada, el 17 % ($n = 17$) tiene depresión moderada a severa y el 4 % ($n = 4$) se encuentra con depresión severa (ver tabla 1).

Tabla 1. Resultados del inventario de depresión de Beck

Variable	Resultado	n	Media	Des. est.
Puntuación	No está deprimido	49	4,694	2,725
	Depresión leve a moderada	30	13,367	2,456
	Depresión moderada a severa	17	24,706	3,158
	Depresión severa	4	31,00	2,00

En el caso de los hombres, el estudio demostró que el 27 % ($n = 27$) no está deprimido, el 11 % ($n = 30$) tiene depresión leve a moderada, el 6 %

($n = 17$) tiene depresión moderada a severa y no hay ningún caso clasificado con depresión severa (ver tabla 2).

Tabla 2. Resultados del inventario de depresión de Beck para el sexo masculino

Variable	Resultado	n	Media	Des. est.
Puntuación	No está deprimido	27	4,519	2,709
	Depresión leve a moderada	11	13,182	2,183
	Depresión moderada a severa	6	25,33	3,78

También se encontró una correlación positiva débil en la variable "edad" ($R = 0,263$; IC = 95 %; $p = 0,085$), lo que indica que, a mayor edad, mayor puntuación de depresión (ver figura 1).

En el caso de las mujeres, el 22 % ($n = 22$) no tiene depresión, el 19 % ($n = 19$) tiene depresión leve a moderada, el 11 % ($n = 11$) tiene depresión moderada a severa y el 4 % ($n = 4$) se encuentra con depresión severa (ver tabla 3).

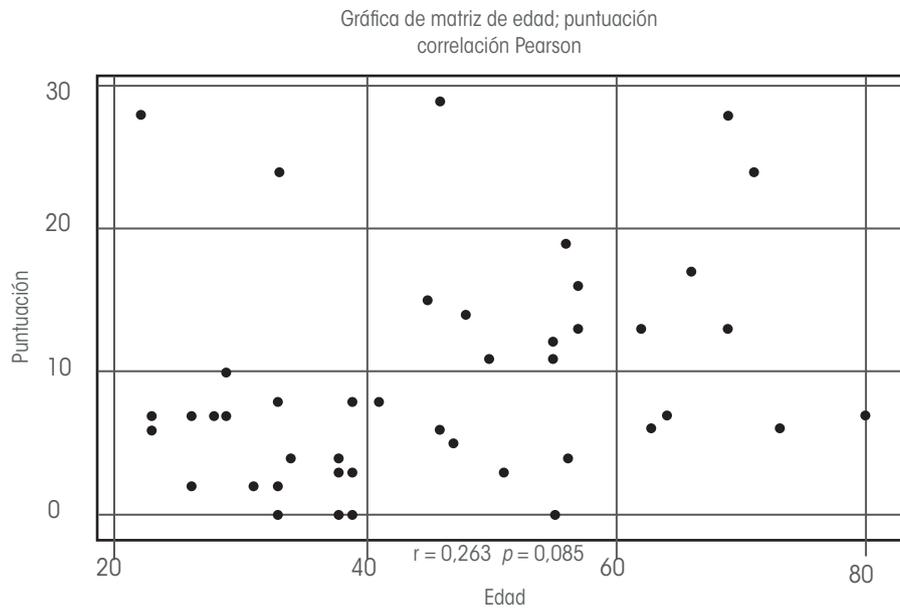


Figura 1. Relación entre puntuación y edad en hombres

En el caso de las mujeres, el 22 % (n = 22) no tiene depresión, el 19 % (n = 19) tiene depresión leve a moderada, el 11 % (n = 11) tiene depresión moderada a severa y el 4 % (n = 4) se encuentra con depresión severa (ver tabla 3).

Tabla 3. Resultados del inventario de depresión de Beck para el sexo femenino

Variable	Resultado	n	Media	Des. est.
Puntuación	No está deprimido	22	4,909	2,793
	Depresión leve a moderada	19	13,474	2,653
	Depresión moderada a severa	11	24,364	2,908
	Depresión severa	4	31,00	2,00

Se obtuvo una correlación negativa débil, pero al ser un valor tan bajo de R, casi cercano a cero (R = -0,044; IC = 95 %; p = 0,749), prácticamente muestra que no existe una correlación importante entre la puntuación y la edad (ver figura 2).

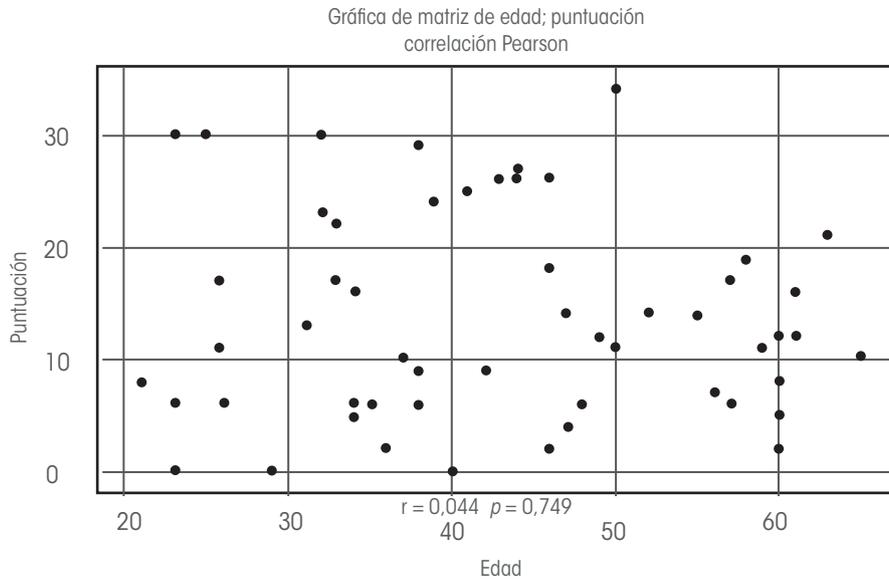


Figura 2. Relación entre la puntuación y la edad en las mujeres

En el análisis de las variables, 21 en total según el inventario de Beck, los posibles temas de preocupación están dados por la prevalencia de altas

puntuaciones en “cansancio o fatiga”, “dificultad de concentración” e “irritabilidad”. La variable con menor puntuación fue “deseos suicidas” (ver figura 3).

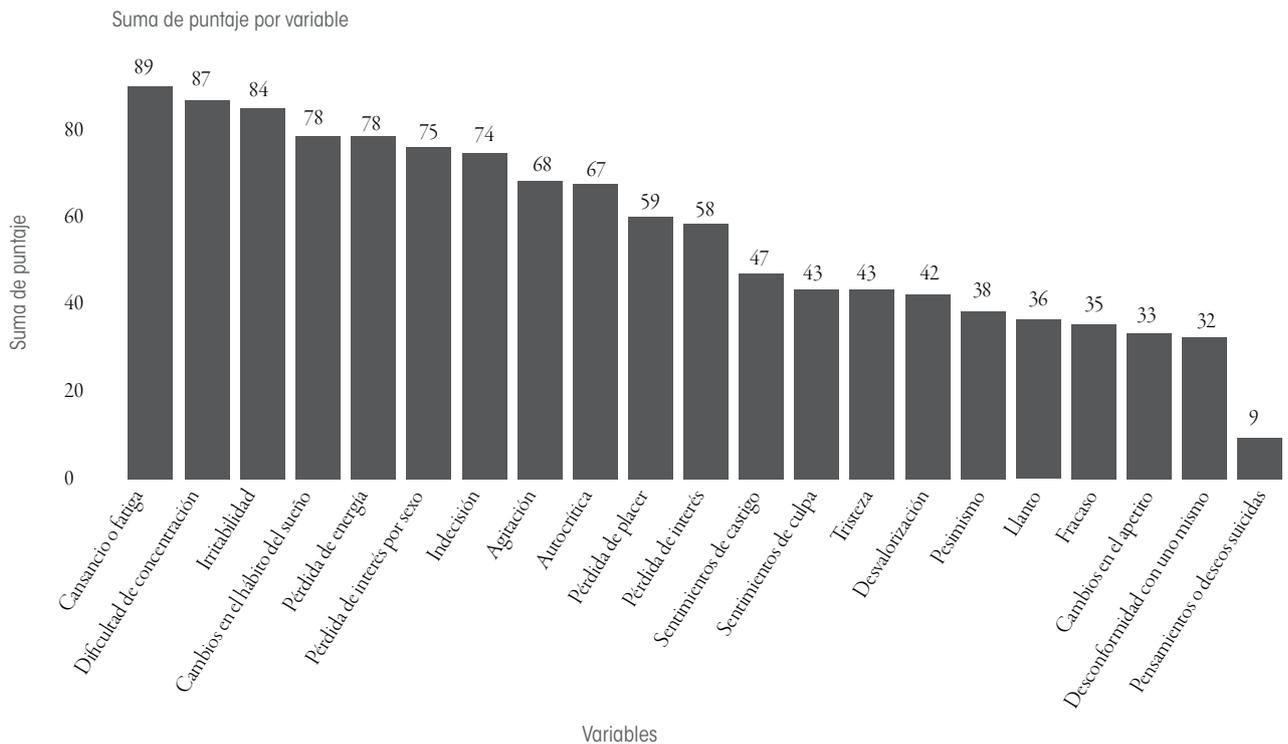


Figura 3. Puntaje por variables

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo investigar el estado de ánimo de personas adultas de una comunidad en relación con los síntomas de depresión. La muestra fue tomada entre individuos que asisten a una Iglesia adventista.

Se buscó entender las relaciones de los distintos síntomas analizados con la animosidad del grupo como un todo, sintetizar la información obtenidas con el inventario de Beck y aportar datos objetivos sobre los resultados y las relaciones entre estos.

A través del análisis de los resultados, se encontró que el 49 % de los encuestados no tiene depresión. Este valor está en concordancia con otros estudios que también presentaron porcentajes menores a 50 % de individuos no deprimidos, en un rango entre 36 y 41 % (8,9). Sin embargo, este hallazgo difiere de otros estudios en los que se encontraron porcentajes de 64,48 % y 68,4 % de personas no deprimidas en relación con los que tienen algún trastorno del estado de ánimo (10,11).

Esta distribución variable de resultados se debe a los distintos rasgos que puede tener una población. Hay que tener en cuenta las características sociodemográficas de los encuestados, buscando entender mejor el porqué de las distintas prevalencias.

Un factor que podemos poner en consideración al analizar específicamente el grupo de este estudio es que los participantes de la muestra tienen la característica de formar parte de una comunidad religiosa, lo que puede ser un factor protector para el bienestar de los individuos. En las últimas décadas, se realizaron investigaciones sistemáticas que demostraron que la espiritualidad y la religión actúan como un factor considerable de beneficio de la calidad de vida para la mayoría de las personas. Gran parte de las prácticas religiosas puede ser asociada a un mayor bienestar y a un mejor enfrentamiento de situaciones estresantes (12).

La religión es un factor que contribuye al bienestar mental de las personas que la utilizan como parte de sus vidas. Pero aun así existen muchos factores que pueden agravar el estado de ánimo de las personas, incluso teniendo a alguien o algo

a lo que recurrir, como la religión. Esto se explica por la prevalencia que se pudo notar de individuos que encuadran en alguna categoría de depresión, lo que es una señal de alarma para descubrir las posibles causas que afectan el estado del ánimo de estas personas.

En relación con el sexo de los participantes que estaban con algún grado de depresión, el 60,71 % son mujeres y el 38,63 % son hombres. Esto está en concordancia con gran parte de la literatura mundial, donde se encontró que el riesgo de tener un trastorno del estado de ánimo durante la vida es de 10-25 % para las mujeres y de 5-12 % para los hombres (13).

Hay muchos estudios que muestran que la prevalencia de trastornos del humor en las mujeres es por lo menos dos veces mayor que en los hombres. Sin embargo, también hay autores que afirman que esta proporción puede no ser equivalente en otros países y culturas (14).

Hay algunos factores de riesgo para la depresión en mujeres que contribuyen para que estas sean las más afectadas por la depresión: historia de depresión, vivir en una familia disfuncional, gran número de eventos estresantes, poco soporte social, baja autoestima, problemas de salud, excesiva interdependencia social, muerte prematura de los padres, factores genéticos, entre otros (13).

Existe una relación importante entre el contexto social y la determinación de la salud y la enfermedad. Las diferencias sociales, económicas y políticas entre hombres y mujeres, que interfieren directamente en la salud física y mental de estos, ofrecen un marco útil para examinar la sobrerrepresentación de las mujeres con depresión (15).

Los ítems que recibieron las mayores puntuaciones en frecuencia e intensidad fueron los siguientes: cansancio o fatiga, dificultad de concentración, irritabilidad, pérdida de energía y cambios en el hábito de sueño. Esto se encuentra en concordancia con otros estudios que también mostraron por lo menos uno de los síntomas mencionados como parte de los que tuvieron mayores puntuaciones (16,17,18).

El cansancio o fatiga fue el síntoma que obtuvo la mayor puntuación en el presente estudio. Por lo general es un síntoma común, pero puede ser signo de un trastorno físico o mental más grave (19). Es importante considerar que la depresión también puede causar fatiga y que puede estar asociada a otros síntomas comunes en los trastornos del estado de ánimo (20). Muchos investigadores y especialistas opinan que el agotamiento es un síndrome prodrómico de la depresión (21).

Por el contrario, el síntoma que presentó la menor frecuencia fue el pensamiento o deseo suicida. Esto está en conformidad con otras literaturas, en las que también se puede encontrar una baja frecuencia en esta categoría (16,17).

La presencia de factores protectores contra la ideación suicida como la autoestima, la autoeficacia, las habilidades sociales, el relacionamiento

familiar y las amistades son muy importantes y hacen la diferencia para la resolución de problemas en la adultez (22), contribuyendo a la disminución de la incidencia de estos episodios.

También se ha destacado, frente a las conductas suicidas, el papel protector que supone el hecho de tener creencias religiosas, al punto de que constituye uno de los factores culturales más importantes en la determinación de los comportamientos suicidas (23).

Por último, cabe destacar que las necesidades con respecto a la salud mental que se encuentran en las comunidades de diversas partes del mundo son grandes, y es muy probable que se incrementen en el futuro cercano. Una preparación adecuada requiere estudiar los principales problemas de la población para poder brindar respuestas y soluciones, así como ser conscientes de los obstáculos que puedan surgir en el proceso (24).

Conclusión

A partir del análisis precedente se pudo evaluar el nivel de síntomas de salud mental de un grupo poblacional que asiste a una comunidad religiosa en relación con la depresión y sus grados. Los datos obtenidos indicaron que el 49 % de los encuestados no está deprimido y que el 51 % se encuentra con algún grado de depresión, de leve a severo.

En relación con la sintomatología utilizada como base en el inventario de depresión de Beck, es necesario dejar registrado que hay limitaciones en la percepción del significado clínico de cada síntoma y la forma como cada persona contestó a la alternativa. Se deja en claro también que el estudio no sustituye el diagnóstico de un profesional especializado.

Las limitaciones mencionadas pueden impactar sobre el resultado buscado en la encuesta, además de que la calidad de los datos puede variar debido a las características sociodemográficas de los encuestados, ya que sus percepciones están dadas de acuerdo con las experiencias vividas a través de los años y los rasgos individuales de cada uno.

De los individuos que contestaron el cuestionario, el 49 % se encuadró en la categoría “no está deprimido”, lo que indica la ausencia de síntomas

de depresión en gran parte de esta población. Sin embargo, la alta prevalencia de personas con algún grado de trastorno depresivo (51 %) de leve a severo nos lleva a concluir que todavía hay mucho que se puede hacer para bajar las cifras de prevalencia.

Debido a los resultados encontrados en la muestra poblacional, es importante señalar la necesidad de crear más programas de intervención, así como de brindar ayuda especializada más cercana y de fácil acceso a las personas de estas comunidades religiosas.

Los hallazgos del estudio podrían ser útiles en el desenvolvimiento de intervenciones preventivas para reducir el índice de prevalencia de depresión en la sociedad. Además, al considerar los factores que más influyen en el aumento de la incidencia, se podrían crear medidas de control.

Aunque no fue objetivo de este estudio ver la relación específica de la depresión con la religiosidad, fue de gran aporte analizar este grupo, pues puede tornarse un incentivo para la realización de otros estudios complementarios en esta población donde se pueda poner en pauta la religiosidad como tema central. Además, no hay mucha bibliografía disponible sobre estudios en los que se haya

utilizado una comunidad religiosa como muestra para investigar la depresión.

Un desafío encontrado en esta investigación es que la temática abordada es muy amplia, lo que puede llevar a distintas áreas de estudio,

reafirmando la necesidad de la realización de otras investigaciones que puedan complementar los temas que no fueron abordados en este trabajo, en la búsqueda de generar más información para posteriores estudios.

Referencias bibliográficas

1. Departamento de Comunicação Institucional. Depressão é a maior causa de incapacitação no mundo [Internet]. San Pablo: Universidad Federal de San Pablo; [consultado el 12 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://dci.unifesp.br/publicacoes-dci/entreteses/ed8-depressao-e-a-maior-causa-de-incapitacao-no-mundo>
2. Laboissière P. No Dia Mundial da Saúde, OMS alerta sobre depressão [Internet]. Brasília: Agência Brasil; 2017 [consultado el 12 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-04/no-dia-mundial-da-saude-oms-alerta-sobre-depressao>
3. Gobierno de Brasil-Ministerio de Salud. Na América Latina, Brasil é o país com maior prevalência de depressão [Internet]. Brasília: Ministerio de Salud; 2022 [consultado el 12 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/na-america-latina-brasil-e-o-pais-com-maior-prevalencia-de-depressao>
4. Rothermel RJ. Estudio descriptivo y retrospectivo de la depresión en una muestra de esposas de pastores hispanos [tesis de doctorado]. [Michigan]: Andrews University; 2008. Disponible en: <https://digitalcommons.andrews.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1422&context=dmin>
5. De Araujo-Gomes AM. Um olhar sobre depressão e religião numa perspectiva compreensiva. *Estudos de Religião*. 2011;25(40):81-109.
6. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo-Neto F, Helena-Andrade L, Yuang-Pang W. Validação da versão brasileira em português do inventário de depressão de Beck-II numa amostra da comunidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2012;34(4):389-94.
7. Psicanálise Clínica. Entenda os níveis da depressão da escala de Beck [Internet]. São Paulo: Redação Psicanálise Clínica; [consultado el 15 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.psicanaliseclinica.com/escala-de-beck/>
8. Frezza-Maganini R, Vieira-Melo W, Da Silva-Peixoto M. Relação entre sintomatologia depressiva e memória autobiográfica na população geral. *Universo Acadêmico, Taquara*. 2012;5(1).
9. Gameiro S, Carona C, Pereira M, Canavarro MC, Simões M, Rijo D, Quartilho MJ, Paredes T, Vaz-Serra A. Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2008;9(1):103-12.
10. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo-Neto F, Andrade LH, Pang-Wang Y. Validação da versão brasileira em português do inventário de Depressão de Beck-II numa amostra da comunidade. *Braz. J. Psychiatry* [Internet]. 2012;34(4). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.005>
11. Da Silva MA, Welter WG, Iracema de Lima AI. Inventário de depressão de beck II: análises pela teoria do traço latente. *Aval. psicol* [Internet]. 2018;17(3):339-50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2018.1703.14651.07>
12. Garcia Mendonça SD. A relevância da espiritualidade em transtornos depressivos. *Rumos da In-Formação*. 2021;2(1):46-62.
13. Nunes-Baptista M, Said Daher-Baptista A, De Oliveira MG. Depressão e gênero: por que as mulheres deprimem mais que os homens. *Temas em Psicologia*. 1999;7(2):143-56.

14. Pereira Justo L, Calil HM. Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Rev. Psiq. Clín.* 2006;33(2):74-79.
15. Ying YC. Women's status and depressive symptoms: A multilevel analysis. *ScienceDirect.* 2005;60(1):49-60.
16. Sanz J, Perdigón AL, Vásquez C. Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud.* 2003;14(3):249-80.
17. Sánchez-Pachas DBV. Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck – II (IDB-II) em uma muestra clínica. *Rev. de Inv. en Psicología.* 2019;22(1):39-52.
18. Sanz J, Vásquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Pshicothema.* 1998;10(2):303-18.
19. MedlinePlus. Fatiga [Internet]. Bethesda: Biblioteca Nacional de Medicina; 2021 [consultado el 15 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003088.htm>
20. Fraga J. 7 síntomas físicos de la depresión [Internet]. California: Healthline; 2021 [consultado el 15 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.healthline.com/health/es/sintomas-fisicos-de-depresion#1.-Fatiga-o-niveles-de-energa-ms-bajos-consistentemente>
21. Melchers MC, Plieger T, Meermann R, Reuter M. Differentiating burnout from depression: Personality matters. *Frontiers in Psychiatry.* 2015;6(113).
22. Siqueira-Pereira A, Rodrigues-Willhelm A, Koller SH, Martins de Almeida RM. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciênc. saúde colet* [Internet]. 2018;23(11). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29112016>
23. Jiménez Treviño L, Bobes García J, Sáiz Martínez PA. Suicidio y depresión. *HUMANITAS Humanidades Médicas.* 2006;9.
24. Fayard C, Archbold B. Una agenda para el ministerio en salud mental después de la pandemia [Internet]. Miami: Iglesia Adventista del Séptimo Día; 2020 [consultado el 3 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://interamerica.org/es/2020/04/una-agenda-para-el-ministerio-en-salud-mental-despues-de-la-pandemia/>

Anexo

Inventario de depresión de Beck (BDI-2)

Nombre			Estado civil	
Edad		Sexo	Educación	
Ocupación			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 de 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 solo 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 esté 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 lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o deseos suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2 Querría matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

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

11. Agitación

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

12. Pérdida de interés

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

13. Indecisión

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

14. Desvalorización

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

15. Pérdida de energía

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

16. Cambios en los hábitos de sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1 Duermo un poco más que lo habitual.
- 2 Duermo mucho más que lo habitual.
- 3 Duermo la mayor parte del día.

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 Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 2 Mi apetito es mucho menor que antes.
- 3 No tengo apetito en absoluto.

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. | 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo. |
| 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. | 3 He perdido completamente el interés en el sexo. |

Puntaje total. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-9 indican que el individuo no está deprimido; 10-18 indican depresión leve a moderada; 19-29 indican depresión moderada a severa; 30-63 indican depresión severa.