

11241

16
2es.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD
MENTAL

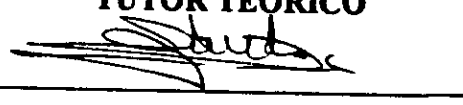
TITULO:

LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EPISODIO DEPRESIVO
MAYOR Y LA INFLUENCIA DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Alumno :

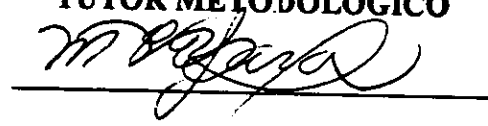
Dra Danelia Mendieta Cabrera. Residente de 3º año de la especialidad de Psiquiatría. IMP

TUTOR TEÓRICO



Dr. Luis Xavier Sandoval García

TUTOR METODOLÓGICO



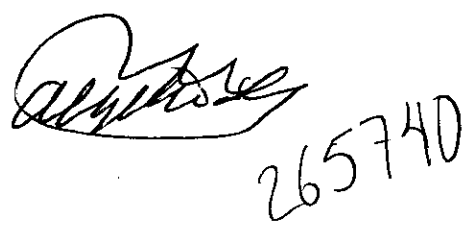
Dra. Ma. Del Carmen Lara Muñoz

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE "ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA"

PSICOLOGIA
MEDICA

AÑO. 1998

DEPTO. DE PSIQUIATRIA
Y SALUD MENTAL
U. N. A. M.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DDE VIDA EN EPISODIO DEPRESIVO
MAYOR Y LA INFLUENCIA DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD.**

ÍNDICE.

ANTECEDENTES	3
JUSTIFICACIÓN	12
OBJETIVOS	14
HIPÓTESIS	15
MÉTODO	16
RESULTADOS	25
DISCUSIÓN	37
BIBLIOGRAFÍA	40

LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR Y LA INFLUENCIA DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD.

ANTECEDENTES.

CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA.

La organización mundial de la salud en 1948 definió la salud como un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad (1). Esto es importante en el ámbito de la medicina ya que tanto la enfermedad como el medio influyen en la cantidad y calidad de vida (CV) del sujeto repercutiendo en su estado de salud. La cantidad de vida del paciente se expresa en esperanza de vida en años, tasas de mortalidad, pero la CV requiere de otro tipo de indicadores (2).

Para algunos autores la CV es una cuestión personal e individual que lleva a una aproximación filosófica mas que científica (3). Otros autores consideran que la CV puede definirse y ser evaluada científicamente. La mayoría de los autores han considerado dos elementos fundamentales en este constructo. Los elementos objetivos y subjetivos. El componente subjetivo corresponde a las definiciones unidimensionales o globales que incluyen el bienestar y la satisfacción. El componente objetivo incluye los factores que determinan o influyen sobre la percepción que el sujeto tiene de su CV (la presencia o no de síntomas, el funcionamiento físico, el apoyo social, etc.) estos factores se incluyen en las definiciones multidimensionales utilizadas en el desarrollo de instrumentos de evaluación (4).

Algunos autores utilizan los términos de bienestar y CV como sinónimos de manera intercambiable y enfatizan el elemento subjetivo (5) (6).

Kiebert y cols. mencionan que la CV se ve afectada por varios factores como el bienestar físico, el bienestar psicológico , los temores, las preocupaciones, las interacciones sociales y el nivel de actividad (7).

Winklud y cols. consideran que la CV es la percepción subjetiva del individuo en relación a su incapacidad, lo que hace que el paciente considere que no está bien (8).

Cella y Tulsy consideran que la CV es la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal (9).

Lara-Muñoz y cols. definen que la CV es la evaluación global que el sujeto hace de su vida y depende tanto de las características del sujeto (demográficas, de personalidad, valores , etc.) como de moduladores externos, como es el caso de la enfermedad y del tratamiento que ésta requiere (10).

El sufrimiento es una experiencia subjetiva que es opuesta a la del bienestar. Si se considera a la CV como el bienestar del paciente, el sufrimiento corresponde a la ausencia o disminución de esta CV. Entonces la medición de la CV es importante ya que se necesita saber si una intervención es capaz de mitigar el sufrimiento (10).

EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR Y SU REPERCUCIONES.

En la literatura la depresión se ha asociado con una disminución significativa del bienestar , funcionamiento y limitaciones sociales, pero pocos estudios se han abocado a examinar el bienestar y funcionamiento de los pacientes deprimidos (11).

Well y cols. realizaron un estudio en el cual compararon el funcionamiento y bienestar de sujetos deprimidos y sujetos que padecían enfermedades crónicas como hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, angina de pecho, artritis y problemas pulmonares. Encontraron que el funcionamiento y bienestar de los pacientes deprimidos es comparable con el pobre funcionamiento y bienestar de pacientes con enfermedades crónicas. También observaron que existe una fuerte asociación entre síntomas depresivos y los días de internamiento, lo cual generalmente es considerado como un indicador concreto de morbilidad (12).

En otro estudio similar realizado en 1995 con 1790 sujetos con depresión, diabetes, hipertensión arterial sistémica, infarto agudo al miocardio reciente y/o insuficiencia cardiaca congestiva, encontraron que los pacientes deprimidos tuvieron una disminución importante en el funcionamiento y bienestar igual o mayor que pacientes con enfermedades médicas crónicas (13).

Craig y cols. encontraron que los síntomas depresivos se asociaron a una incapacidad laboral sin que se tomaran en cuenta variables demográficas o consumo de alcohol. Se observó que un incremento en la intensidad de síntomas depresivos aumentan la incapacidad del individuo afectado (14).

Otro estudio sobre como la depresión afecta el funcionamiento laboral es el de Broadhead y cols. en el que se incluyeron 2980 sujetos con episodio depresivo mayor y sujetos con síntomas depresivos y se compararon con individuos asintomáticos. Los sujetos con episodio depresivo mayor presentaron un mayor riesgo de incapacidad que aquellos con síntomas depresivos y estos mas que los sujetos asintomáticos (15).

Von Korff y cols. demostraron que la depresión y la incapacidad laboral están en sincronía; conforme mejora el paciente sintomáticamente, la incapacidad disminuye. Pacientes con gran mejoría de los síntomas depresivos tuvieron una reducción del 45% en la incapacidad, aquellos con moderada mejoría reportaron un 40% en la reducción de la incapacidad y aquellos que no mejoraron permanecieron con altos niveles de incapacidad (16).

EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR Y LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.

Algunos investigadores han sugerido que ciertas características de personalidad y trastornos de personalidad son comunes entre aquellos que desarrollan depresión (17).

La comorbilidad reportada ha sido muy variable entre la depresión y los trastornos de personalidad, que va desde 23 a 90%. Esta variabilidad se explica por la diversidad de muestras, metodología e instrumentos empleados, sin embargo cuando se utiliza el mismo instrumento el porcentaje es similar en diferentes estudios (18)

En 1990 Mezzich encontró en una muestra de 4141 pacientes con trastorno afectivo, que el 14% tuvieron algún trastorno de personalidad y al valorar los grupos por diagnóstico,

reportó que los problemas caracterológicos se presentan en un 20% de los pacientes distímicos, 18% de los trastornos afectivos menores, 6% de los que presentaban un episodio depresivo mayor y solo 3% de los sujetos con trastorno bipolar (19).

Algunos autores han reportado que el trastorno de personalidad que mas se relaciona con los trastornos afectivos es el límite (20).

Oldham encontró que los trastornos de la personalidad mas frecuentes en los trastornos afectivos fueron el trastorno de personalidad evitativo y el dependiente (21).

Algunos autores mencionan que los efectos de ciertas características de personalidad en la historia natural de la depresión es incierto (22).

La presencia de ciertas características de personalidad han sido relacionados con el curso y respuesta al tratamiento de pacientes con depresión. Pacientes deprimidos con altos niveles de neuroticismo son asociados con una pobre respuesta después del tratamiento y un pobre curso en general (23).

Sott y cols. encontraron que el neuroticismo y actitudes disfuncionales demostraron ser predictores de una larga duración del episodio depresivo en una muestra de pacientes con depresión mayor (24).

Sato y cols. observaron que sujetos con trastorno de personalidad del cluster A del DSM IV (paranoide, esquizoide y esquizotípico) tienen un efecto negativo en la remisión después de tratamiento farmacológico (25).

Joyce y cols. en 1994 encontró que altas puntuaciones de neuroticismo o la presencia de trastorno de personalidad puede ser asociado con una pobre respuesta al tratamiento en pacientes con depresión mayor (26) (27).

Shea y cols. demostraron que individuos con trastorno de personalidad premórbida tienen una pobre respuesta a tratamiento en sujetos con episodio depresivo mayor (28).

En una serie de 89 pacientes con depresión mayor a los cuales se les realizó un seguimiento de 8 años, se encontró que niveles altos de neuroticismo y estado premórbido fueron asociados con pobre resultado a largo plazo, deterioro en el ajuste social y mayor tiempo de hospitalización (29).

En una revisión Maj en 1994 menciona que la presencia de neuroticismo premórbido, pobre recuperación, presencia de disfunción familiar y la ocurrencia de eventos estresantes en la vida predicen cronicidad en pacientes deprimidos (30).

Cloninger ha contribuido proponiendo una teoría biopsicosocial de la personalidad la cual podría tener un papel importante en el desarrollo de los trastornos afectivos y la personalidad. Inicialmente observó 3 dimensiones en base a las características estímulo-respuesta de los individuos respecto a la búsqueda de la novedad, la evitación del castigo y la dependencia a la recompensa, basándose en los aspectos genéticos y neuroanatómicos que pudieran originarlas, así como en relación a las respuestas adaptativas y la variación ambiental. Posteriormente agregó una cuarta dimensión en base a la persistencia. La interacción funcional de estas 4 dimensiones lleva a patrones integrados de respuestas distintas a la novedad, el castigo, a la recompensa y la persistencia como parte del temperamento del individuo que se manifiesta desde los primeros años de la vida del individuo y que provocan formas preconstituidas en la memoria perceptual y en la formación de hábitos. Así mismo, ha propuesto los mecanismos anatomobioquímicos que pudieran dar cada perfil de conducta, basándose

principalmente en los sistemas noradrenérgico, serotoninérgico y dopaminérgico. Además, incluye tres dimensiones del carácter que se desarrollan durante la adultez al incrementar los conceptos incluyentes del sí mismo y que repercute en su funcionamiento personal y social. Las características que incluye son: la identificación como un individuo autónomo (autodirección), como parte de una sociedad (cooperatividad), y como parte integral del universo (autotrascendencia). También al valorar la respuesta farmacológica en pacientes deprimidos el tratamiento con antidepresivos de acuerdo al mecanismo de acción, ya sea a nivel serotoninérgico, o a nivel noradrenérgico, se ha observado que la respuesta clínica varía en las diferentes dimensiones propuestas por Cloninger (31).

LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN DEPRESIÓN.

En 1992 se realizó un estudio con 100 sujetos con episodio depresivo mayor y 29 con trastorno de ansiedad generalizada. En dicho estudio se demostró la validez y confiabilidad de la escala de CV de Dunbar. La co-administración de índices tales como escala de depresión de Hamilton (HAM-D) con la escala de CV de Dunbar mostró una correlación negativa entre la distancia entre estado actual y estado enfermo con la puntuación de HAM-D -0.57 a la semana 6 y -0.58 a la semana 12 y una correlación positiva entre la distancia entre la distancia entre estado actual e ideal y HAM-D 0.46 a la semana 6 y 0.66 a la semana 12. Además que las características de personalidad están íntimamente relacionadas con la CV. El neuroticismo e introversión se asociaron con una pobre CV. La CV describe la evolución funcional y problemas psicosociales en

pacientes con diferentes estadios de la enfermedad, también para monitorizar la calidad de los cuidados proporcionados, comparar los diferentes tratamientos o la evolución individual de cada paciente (32).

Endicott y cols. en 1993 desarrollaron una escala para determinar la CV y satisfacción The Quality of life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q) en pacientes con trastorno depresivo mayor de acuerdo a los criterios del DSM-III-R. La escala de CV y satisfacción provee una medición sensible del grado de satisfacción en varias áreas del funcionamiento diario de los sujetos. La escala Q-LES-Q se correlacionó con las medidas de severidad de depresión HAM-D ($r=-0.33$ - -0.69) y con el Inventario de Depresión de Beck (BDI) ($r=-0.36$ - -0.73) pero según los autores no es redundante. Los hallazgos sugieren que la Q-LES-Q es sensible a diferencias entre pacientes deprimidos que no son detectadas con las medidas usualmente empleadas.(33).

En 1996 Mazumdar y cols. Evaluaron la CV en pacientes ancianos con episodio depresivo mayor recurrente antes y durante el tratamiento combinado con nortriptilina y psicoterapia interpersonal. Emplearon la escala General Life Functioning (GLF) para medir CV, HAM-D y BDI para severidad de la depresión. Se encontró una significativa mejoría en la CV, sobre el curso del tratamiento en pacientes con recuperación y sin recuperación. Se encontró una correlación significativa entre el HAM-D y la puntuación total de GLF ($r=-0.47$, $n=100$; $r=-0.68$, $n=75$; $r=-0.77$, $n=55$, en la basal, semana 12 y semana 24 respectivamente con una $p=0.001$). El BDI también correlacionó con el GLF ($r=-0.33$, $n=99$; $r=-0.60$, $n=75$; $r=-0.77$, $n=55$, en la basal, semana 12 y semana 24 respectivamente con una $p<0.001$). Aún cuando la puntuación en el HAM-D fue

controlada estadísticamente mejoró más el GLF en los pacientes con recuperación que aquellos sin recuperación. Los autores concluyen que el GLF mide más el cambio en el nivel de depresión (34).

En pacientes con trastorno bipolar también se han realizado estudios de CV y se encontró que la CV parece tener un valor predictivo en la recurrencia de la depresión, demostrando ser una herramienta para evaluar efectos del tratamiento a largo plazo en estos pacientes (35).

Los estudios de CV han sido empleados para evaluar la eficacia de los medicamentos antidepresivos. En un estudio con 651 sujetos con depresión mayor tratados con moclobemide, se evaluó si la medición de la CV puede detectar cambios en pacientes deprimidos tratados con este fármaco. Ellos detectaron mejoría en los sujetos entre la semana 0 a la 8 y gran mejoría entre la semana 0 y 2. Los autores comentan que con esta medición se obtiene información del funcionamiento del paciente y no solo de la psicopatología específica y se sugiere utilizarla en estudios clínicos en donde se utilicen antidepresivos (36).

También se realizó un estudio comparando la eficacia y tolerabilidad de dos antidepresivos: la fluoxetina y el moclobemide. Ambos antidepresivos demostraron en este estudio ser efectivos mostrando significativa mejoría en la primera semana para ambos fármacos. Ambos fármacos mostraron mejoría en la CV a la segunda semana. La CV se encontró que predice la aparición de efectos adversos durante el tratamiento. La evaluación favoreció al moclobemide ya que los pacientes tratados con este fármaco presentaron mejor CV y menos efectos adversos (37).

JUSTIFICACION.

La depresión es un padecimiento que se presenta en un 3 a 4 % de la población.

La importancia de valorar la CV en sujetos que padecen episodio depresivo mayor es determinante ya que este padecimiento provoca importantes limitaciones en el funcionamiento social y laboral lo cual repercute en el bienestar reportado por el paciente (13) (14). Estas limitaciones son similares a las reportadas por sujetos con enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, angina de pecho e insuficiencia cardiaca congestiva (15) (16), lo que nos hace pensar en lo importantes que son estas limitaciones y lo insatisfactoria que puede ser la vida para un sujeto deprimido.

La valoración de la CV antes, durante y al responder al tratamiento nos proporciona un conocimiento de la evaluación global que el sujeto hace de su vida (10), conocer si la intervención mitiga el sufrimiento que es contraparte del bienestar (10), valorar otras dimensiones de la vida del paciente que no son investigadas con las escalas de intensidad de la depresión (29), considerandose como información complementaria (30) que nos hará conocer en forma integral al paciente.

Incluimos en este estudio sujetos con episodio depresivo mayor y excluimos sujetos con trastornos de ansiedad, psicóticos, demenciados o con déficit cognitivos importantes, trastornos afectivos secundarios a causa médica, abuso o dependencia a sustancias. Ya que estos trastornos por si solos se ha visto que influyen en forma negativa en la CV del sujeto. Condiciones como el embarazo y la lactancia son circunstancias que influirían para poder iniciar tratamiento farmacológico ya que estos pacientes no se tienen

informes sobre el efecto del tratamiento antidepresivo con inhibidores de la recaptura de serotonina y otros antidepresivos introducidos recientemente al mercado (como venlafaxina).

El rango de edad es importante (18 a 60 años) ya que la depresión en niños, adolescentes y ancianos tienen características propias y los instrumentos utilizados en esta investigación no han sido empleados en estas poblaciones.

El identificar los trastornos de personalidad es importante por la asociación que se ha visto con el episodio depresivo mayor (17 a 24) y evaluar que repercusión tiene sobre la CV del sujeto.

OBJETIVOS.

- 1.-Evaluar la relación entre la CV y la severidad de la depresión en sujetos con episodio depresivo mayor.
- 2.-Evaluar la CV en pacientes con episodio depresivo mayor respondedores y no respondedores a tratamiento antidepresivo por ocho semanas.
- 3.-Evaluar la influencia del trastorno de la personalidad en la CV y la respuesta al tratamiento antidepresivo.

HIPÓTESIS.

- 1.-La CV de los pacientes con mayor severidad del episodio depresivo tienen peor CV que aquellos con menor intensidad.
- 2.-La CV de los sujetos respondedores a tratamiento antidepresivo por ocho semanas es mejor que la de aquellos que fueron no respondedores.
- 3.-Los pacientes que tienen trastorno de personalidad tienen peor CV y no responden al tratamiento antidepresivo por ocho semanas.

MÉTODO.

Se realizó un estudio comparativo y longitudinal.

PACIENTES.

Pacientes con episodio depresivo mayor que sean tratados en la consulta externa del Instituto Mexicano de Psiquiatría que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión : 1).- Pacientes del sexo femenino o masculino, 2).- Pacientes con un rango de edad entre 18 y 60 años, 3).- Puntuación en el HAM-D de 18 o mas puntos a su ingreso al estudio, 4).- Los pacientes deben ser capaces de leer y comprender bien el idioma español para poder contestar los instrumentos autoaplicables. Se excluyeron : 1).- Pacientes con trastornos afectivos secundarios a causa médica o con evidencia de lesión orgánica, 2).- Pacientes con trastorno de angustia y/o ansiedad generalizada, 3).- Pacientes con síntomas psicóticos, 4).- Pacientes con demencia, .5).- Pacientes con abuso o dependencia a sustancias o trastornos afectivo secundario a consumo de sustancias, 6).- Sujetos con padecimientos crónicos (diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, angina de pecho, insuficiencia cardiaca, trastornos endocrinos) y 7).- Pacientes embarazadas o en periodo de lactancia.

PROCEDIMIENTO.

Los pacientes se captaron desde su primera visita al Instituto Mexicano de Psiquiatria al realizarse la preconsulta, y detectarse que el paciente tenia un síndrome depresivo. En la siguiente consulta, se realizó las entrevistas diagnosticas por dos clínicos independientes,

además se realizó la historia clínica completa y se aplico los instrumentos siguientes : HAM-D y la Escala de Impresión Clínica Global (CGI). Si cumplía con los criterios de inclusión se le hizo una requisición para que se le realizara perfil básico de laboratorio (Biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina , pruebas de funcionamiento tiroideo y en caso de ser mujer prueba inmunológica de embarazo),Se aplicó la primera parte de la entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad (SCID-II), y la Escala de CV de Dunbar las cuales son autoaplicables.

En la siguiente cita, uno o dos días después se le aplico el SCI-II calificado por el observador.

En esta cita se inicio el tratamiento antidepresivo y la dosis se aumento paulatinamente hasta llegar a una dosis terapéutica.

A los pacientes se les hizo un seguimiento longitudinal con valoraciones cada 2 semanas por espacio de 8 semanas, siendo un total de 3 valoraciones de seguimiento. En cada valoración se aplico HAM-D y el CGI y se dio a contestar la Escala de CV de Dunbar.

A la octava semana en la quinta valoración se les aplico los instrumentos utilizados en el seguimiento. A los sujetos que disminuyeron un 50% la puntuación de la escala de depresión de Hamilton se les denominó respondedores y a los que no disminuyeron un 50% de la puntuación inicial de esta escala a las 8 semanas de tratamiento se les llamo no respondedores.

VARIABLES E ÍNDICES CLINIMÉTRICOS.

Cuadro 1. Variable, tipo de variable e índice clinimétrico.

Variable	Tipo de variable	Índice clinimétrico
Severidad de la depresión	Ordinal	HAM-D
CV	Ordinal	Escala de CV de Dunbar
Respuesta al tratamiento antidepresivo	Dicotómica	Escala de depresión de Hamilton (Disminución del 50% en la escala en la semana ocho en comparación con la medición basal).
Presencia de trastorno de personalidad	Dicotómica	SCID-II

Cuadro 2. Índices clinimétricos

Índice clinimétrico	Número de reactivos	Escala de calificación (min-max)	Calificación (min-max)
Escala de calidad de vida de Dunbar			
a) CV Actual	23	1-10	23-230
b) CV Ideal	23	1-10	23-230
HAM-D	21	0-3	0-63

Índices clinimétricos.

Escala de depresión de Hamilton (HAM-D).

Es utilizada para medir la severidad de la depresión, no es un instrumento diagnóstico.

Sirve para medir los cambios a través del tiempo y la respuesta al tratamiento (38).

Es una escala que consta de 21 reactivos. Los primeros 17 reactivos corresponden a ánimo deprimido, culpa, suicidio, insomnio inicial, insomnio intermedio, insomnio terminal, trabajo e intereses, retardo psicomotriz, agitación, ansiedad psíquica, ansiedad somática, síntomas gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas genitales, hipocondriasis, *insight* y pérdida de peso. Los otros 4 reactivos son adicionales: variación diurna, desrealización, síntomas paranoides, síntomas obsesivos.

Existe una versión revisada de esta escala que consta de 24 reactivos ; los 3 reactivos mas que se agregaron fueron : desesperanza, desamparo e inutilidad (39).

La validez de contenido se estableció por el consenso de los expertos. Los reactivos que forman esta escala corresponden a los síntomas que caracterizan a la depresión.

Cumple con la validez de apariencia, es identificada para evaluar la severidad de la depresión, fácilmente empleada y comprensible.

La validez discriminativa del HAM-D de 24 reactivos se obtuvo al aplicar el HAM-D y el HAM-A a 60 pacientes con trastorno depresivo mayor y a 60 pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, después se comparó con los resultados obtenidos con las escalas de Hamilton original para ambos trastornos.

Las promedios de los resultados de la versión original y revisada del HAM-D en el estudio índice tuvo un valor de $p < 0.01$. La correlación del HAM-D revisada con el diagnóstico tuvo una $r = 0.46$ y fue altamente significativa con una $p < 0.001$ que la escala original que tuvo una $r = 0.23$ (39).

Al realizar la validación cruzada la escala original HAM-D de 21 reactivos fallo para diferenciar los grupos diagnósticos (trastorno de ansiedad generalizada y trastorno depresivo mayor) existiendo diferencias significativas con la escala revisada. La prueba t de Hotelling indica que la correlación punto biserial del diagnóstico con la escala revisada fue de $r = -0.28$ y 0.37 para la escala de Hamilton de ansiedad y de depresión de Hamilton respectivamente con una $p < 0.001$ que la correlación correspondiente al diagnóstico con la escala original $r = -0.11$ y 0.19 (escala de hamilton de ansiedad y depresión respectivamente) (39).

La mejor validez discriminativa de las nuevas escalas fue indicado por varios hallazgos primero el total de puntuaciones derivado de cada una de las escalas revisadas fue mas significativamente correlacionado con las categorías nosológicas apropiadas que la escala de Hamilton original. Segundo las escalas revisadas de Hamilton tuvieron un mejor índice de clasificación diagnóstica de depresión y ansiedad que la escala original (39).

Confiabilidad. La consistencia se obtuvo al calcular el coeficiente alfa de Cronbach de 0.73 para la escala original y para la versión revisada 0.73 (38) (39).

Escala de CV de Dunbar.

La medición de la CV de un individuo puede ser importante para describir la naturaleza y extensión de los problemas psicosociales en pacientes en diferentes etapas de la enfermedad, monitorizar la calidad de los cuidados, comparar los efectos de diferentes tratamientos o como registro particular de cada paciente.

Es una escala multidimensional que consta de dos subescalas: a) CV Actual y b) CV Ideal. Cada una de ellas consta de 23 reactivos, los cuales se pueden agrupar en ocho dominios: bienestar psicológico, bienestar físico, ánimo, locus de control, relaciones sociales, empleo, actividades e intereses y económico. Cada reactivo consta de una escala tipo likert, representada por 10 puntos y en cada extremo los constructos positivos y negativo.(40).

La escala de CV de Dunbar fue creada para ser utilizada en un inicio en población psiquiátrica no psicótica. Después se realizó un estudio con 129 pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y depresión mayor para validar la escala en esta población.

La validez de contenido fue establecida por el consenso de los expertos.

La validez concurrente fue evaluada mediante la correlación del resultado total del Sickness Impact Profile (SIP) y el resultado del The General Health Questionnaire (GHQ) con los resultados totales de la escala de CV de Dunbar. También para esta forma de validez se empleo un control negativo el cual fue el Eysenck Personaliy Questionnaire (EPQ).

Cuadro 3. Validez concurrente: coeficiente de correlación de Spearman entre la escala de CV Actual de Dunbar, el SIP, GHQ y EPQ.

Índice clinimétrico	Coeficiente de correlación de Spearman
SIP	(-0.33)- (-0.61)
GHQ	(-0.44)
EPQ (Subescala E)	(0.23)
EPQ (Subescala N)	(-0.29)

E= Extroversión.

N= Neurotisisismo

La validez de constructo fue determinada por el coeficiente de correlación entre los cambios en el HAM-D y la escala de ansiedad de Hamilton (HAM-A) de la línea basal a la semana 6 y 12, y Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD).

Cuadro 4. Validez de constructo: coeficiente de correlación de Spearman entre la escala de CV de Dunbar, el HAM-D, HAM-A y HAD.

Índice clinimétrico	Coeficiente de correlación de spearman.
HAM-D semana 6/12	-0.46- -0.68/-0.58- -0.71
HAM-A semana 6/12	-0.20- -0.33/-0.51- -0.65
HAD-D semana 6/12	-0.68- -0.86/-0.50- -0.81
HAD-A semana 6/12	-0.52- -0.69/-0.60- -0.73

La confiabilidad fue determinada por prueba-contraprueba (coeficiente de correlación de Spearman). Se realizó al aplicar la escala de CV el día 1 y el día 2. El resultado fue coeficiente de correlación 0.66-0.83.

La consistencia interna evaluada con el coeficiente alfa de Cronbach. El resultado fue 0.85-0.95 (32).

Se denominó respondedor al tratamiento antidepresivo a la disminución del 50% o más en la puntuación de la escala de depresión de Hamilton al compararla con la medición basal (46).

Entrevista clínica estructurada para el diagnóstico de los trastornos de personalidad del DSM III-R (SCID-II).

Es un instrumento clínico basado en los criterios diagnósticos para trastorno de la personalidad del DSM-III-R

Es una escala que consta de 122 reactivos, cada reactivo tiene 4 opciones: nunca, algunas veces siempre y casi siempre)

Con este instrumento se diagnostican los siguientes trastornos de la personalidad: evitación (del reactivo 1 al 7), dependiente (8 al 15), obsesivo compulsivo (16 al 26), pasivo agresivo (27 al 35), masoquista (36 al 48), paranoide (49 al 57), esquizotípico (58 al 64), esquizoide (65 al 69), histriónico (70 al 79), narcisista (80 al 90), límite (91 al 110) y antisocial (111 al 122)

Para este proyecto denominaremos aquellos que sí tuvieron trastorno de personalidad, ya que cumplieron las especificaciones para ello y los que no lo tuvieron (42).

El instrumento al parecer no ha sido validado tanto para el idioma inglés, como para el español

El equipo de trabajo actualmente desarrolla la validación y confiabilidad de este instrumento

Escala de Impresión Clínica Global (CGI).

Esta escala permite la evaluación rápida del estado general del paciente.

Consta de 3 partes: la primera es la severidad de la enfermedad que se califica del 0 al 7 (0 para no valorado y 7 extremadamente enfermo, la segunda es la mejoría global, que se aplica cuando ya el paciente recibió tratamiento y se califica del 0 al 7 (0 para no valorado y 7 para mucho peor) y la última parte evalúa el efecto terapéutico y la relación con los efectos secundarios, se califica del 01 al 16 (01 para marcada mejoría en el funcionamiento sin efectos secundarios y 16 para sin mejoría o peor con marcada interferencia con el funcionamiento del paciente, cuando esto no es valorado recibe calificación 00). Esta escala está en proceso de validación.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se emplearon porcentajes, promedio, desviación estandar, t de student y chi-cuadrada.

RESULTADOS.

Se incluyeron 44 pacientes, de los cuales 77.3% (n=34) fueron del sexo femenino y 22.3% (n=10) del sexo masculino, con un promedio de edad de 31.5 años y 43.5 años respectivamente. El promedio de edad del total de pacientes fue de 32 (de 7.07) (Cuadro 5).

Cuadro 5. Sexo y edad de los pacientes en estudio.

Sexo	n=	%	Edad en años (Promedio)
Femenino	34	77.3	31.5
Masculino	10	22.7	43.5
Total	44	100	32

El 59.09% (n=26) de los pacientes presentaron un episodio único y 40.91% (n=18) un episodio recurrente (Cuadro 6).

Cuadro 6. Tipo de episodio depresivo que presentaron los pacientes del estudio.

Tipo de episodio depresivo	n=	%
Único	26	59.09%
Recurrente	18	40.91

Las características de ocupación, nivel escolar, estado civil y religión se muestran en el cuadro 7.

Cuadro 7. Ocupación, nivel escolar, estado civil y religión de los pacientes en estudio.

	n=	%
Ocupación		
Empleado	16	36.4
Desempleado	5	11.4
Hogar	17	38.6
Estudiante	6	13.6
Nivel escolar		
Menos de 5 años	1	2.3
Entre 5 y 12 años	27	61.4
Mas de 12 años	2	4.6
Universidad	14	31.7
Estado civil		
Soltero	12	27.2
Casado	25	56.9
Divorciado o separado	5	11.3
Viudo	2	4.6
Religión		
Católico	34	77.3
Ninguna	6	13.6
Evangelista. Protestante	3	6.8
Otras	1	2.3

Con lo que respecta al tratamiento antidepresivo 1 paciente recibió amitriptilina 100 mg/día, 8 pacientes desimipramina con una dosis promedio de 125 mg/día (de=35.35), 2 pacientes doxepina con una dosis promedio de 62.5 mg/día (de=17.67), 2 pacientes imipramina con una dosis promedio de 100 mg/día (de=35.35), 30 pacientes fluoxetina a dosis de 20 mg/día y uno mianserina 40 mg/día (Cuadro 8). Tres pacientes solo acudieron a la evaluación basal y no continuaron en el estudio.

Cuadro 8. Dosis del tratamiento antidepresivo de los pacientes en estudio.

Tipo de antidepresivo	n=	Dosis promedio (de)
Amitriptilina	1	100
Desimipramina	8	125 (35.35)
Doxepina	2	62.5 (17.67)
Fluoxetina	30	20 (0)
Imipramina	2	100 (35.35)
Mianserina	1	40

La a relación entre la calidad de vida y la severidad de la depresión se obtuvo al calcular los coeficientes de correlación entre las puntuaciones de HAM-D y la CV Actual de Dunbar correspondientes a cada evaluación. Las correlaciones obtenidas se muestran en el cuadro 9 y en las gráficas 1 a 5.

Cuadro 9. Correlación entre HAM-D y CV Actual de Dunbar en evaluación basal, semana 2, semana 4, semana 6 y semana 8.

Semanas	n=	Coefficiente de correlación de Pearson
Basal	44	-0.2378
Semana 2	41	-0.5424
Semana 4	40	-0.6741
Semana 6	38	-0.7629
Semana 8	34	-0.7901

Para saber si la evaluación de la CV basal es un predictor de respuesta se correlacionó el porcentaje de respuesta a la semana 8 con la puntuación obtenida en la CV Actual de Dunbar basal encontrándose una $r=0.3414$ (Gráfica 6).

Para calcular la relación entre la mejoría evaluada con el CGI y la CV Actual se calculo el coeficiente de correlación de Pearson para todas las evaluaciones como se muestra en el cuadro 10.

Cuadro 10. Correlación entre CGI y CV Actual de Dunbar en evaluación basal, semana 2, semana 4, semana 6 y semana 8.

Evaluación	Coefficiente de correlación de Pearson
CGI S. Basal	-0.3492
Semana 2	
CGI S.	-0.4337
CGI M.	-0.4985
CGI E.	-0.5209
Semana 4.	
CGI S.	-0.6941
CGI M.	-0.6800
CGI E.	-0.5981
Semana 6.	
CGI S.	0.7013
CGI M	-0.7474
CGI E.	-0.7162
Semana 8.	
CGI S.	-0.6590
CGI M.	-0.6512
CGI E.	-0.7881

(CGI S) Impresión Clínica Global Subescala de Severidad.

(CGI.M) Impresión Clínica Global Subescala de Mejoría.

(CGI E) Impresión Clínica Global Subescala de Efectos Colaterales.

De los 44 pacientes captados, 3 de ellos se excluyeron, ya que solo se contó con las evaluaciones de las 2 primeras semanas y no fueron tomados en cuenta para determinar

los que fueron respondedores al tratamiento antidepresivo por 8 semanas. El 80.4% (n=32) fueron respondedores y 21.9% (n=9) no respondedores (Cuadro 11).

Cuadro 11. Porcentajes de respuesta al tratamiento antidepresivo por 8 semanas de los pacientes estudiados*.

Respuesta al tratamiento antidepresivo	n=	%
Respondedores	32	78.1
No respondedores	9	21.9
Total	41	100

*Se excluyeron 3 pacientes que dejaron de asistir en la semana 2.

Para calcular si existían diferencias en el porcentaje de respuesta en el HAM-D en la semana 8 entre los pacientes con y sin trastorno de personalidad se realizó t de student y no se encontraron diferencias significativas (Cuadro 12).

Para determinar si existían diferencias entre los pacientes respondedores y no respondedores que presentaban trastorno de personalidad se realizó chi cuadrada. No se observaron diferencias significativas como se observa en el cuadro 13.

Se realizó t de student para determinar si existían diferencias en la CV Actual basal entre los pacientes con trastorno de personalidad y aquellos que no lo presentaban. Se encontraron diferencias significativas en aquellos con trastorno de personalidad dependiente (t=2.42, gl=41, p=0.02); obsesivo compulsivo (t=2.00, gl=41, p=0.05); masoquista (t=2.15, gl=41, p=0.03) e histriónico (t=1.96, gl=41, p=0.05) (Cuadro 14).

Cuadro 12. Relación entre el porcentaje de respuesta al tratamiento HAM-D de la semana 8 y la presencia de trastorno de la personalidad.

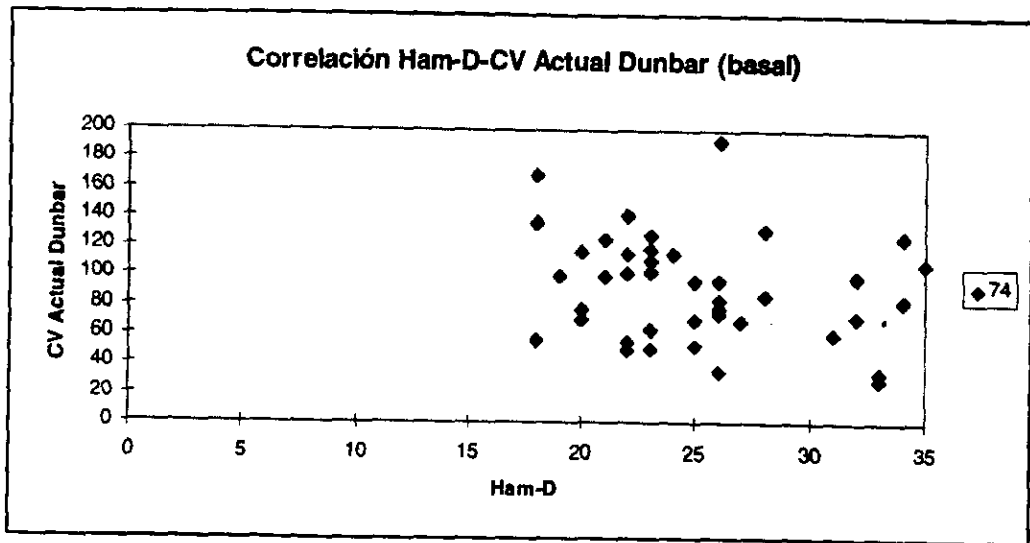
Trastorno de personalidad	Promedio (de) del porcentaje de mejoría.		t (gl)	p=
	No	Si		
Evitativo	n=24 71.8 (28.3)	n=16 60 (33.2)	1.21 (38)	0.23
Dependiente	n=36 64.8 (30.9)	n=4 87.2 (18.3)	1.41 (38)	0.16
Obsesivo -compulsivo	n=19 69.3 (28.5)	n=21 65.0 (32.8)	0.44 (38)	0.66
Pasivo-agresivo	n=38 65.6 (30.6)	n=2 94 (8.4)	1.29 (38)	0.20
Masoquista	n=30 67.2 (31.2)	n=10 66.6 (29.9)	0.06 (38)	0.9
Paranoide	n=21 65.8 (24.2)	n=19 68.5 (36.9)	0.28 (38)	0.78
Esquizoide	n=38 68.1 (30.2))	n=2 47 (39.5)	0.95 (38)	034
Histriónico	n=25 70.5 (25.8)	n=15 61.4 (37.4)	0.91 (38)	0.36
Narcisista	n=34 70.7 (28.5)	n=6 (28.5)46.6 (35.9)	1.83 (38)	0.07
Limítrofe	n=25 66.8 (28.9)	n=15 67.5 (34.1)	0.07 (38)	0.94

Cuadro 13. Comparación entre la respuesta al tratamiento antidepresivo por 8 semanas y la presencia del trastorno de personalidad.

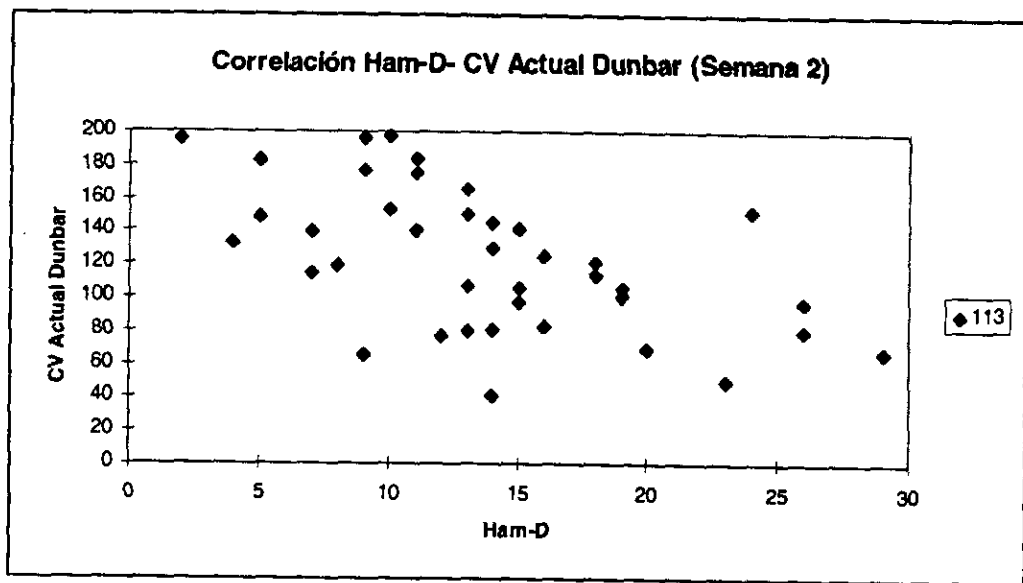
Trastorno de personalidad		Respondedor (n=)	No respondedor (n=)	X ²	p=
Evitativo	Si	13	5	1.00	0.31
	No	22	4		
Dependiente	Si	7	0	2.14	0.14
	No	28	9		
Obsesivo-compulsivo	Si	20	5	0.007	0.93
	No	15	4		
Pasivo Agresivo	Si	32	0	0.82	0.36
	No	3	9		
Masoquista	Si	11	3	0.01	0.91
	No	24	6		
Paranoide	Si	17	5	0.13	0.70
	No	18	4		
Esquizoide	Si	1	1	1.21	0.28
	No	34	8		
Histriónico	Si	11	5	1.80	0.18
	No	24	4		
Narcisista	Si	4	3	2.56	0.10
	No	31	6		
Limítrofe	Si	13	4	0.16	0.68
	No	22	5		

Cuadro 14. Comparación de la CV Actual basal con la presencia de trastorno de personalidad y la respuesta al tratamiento.

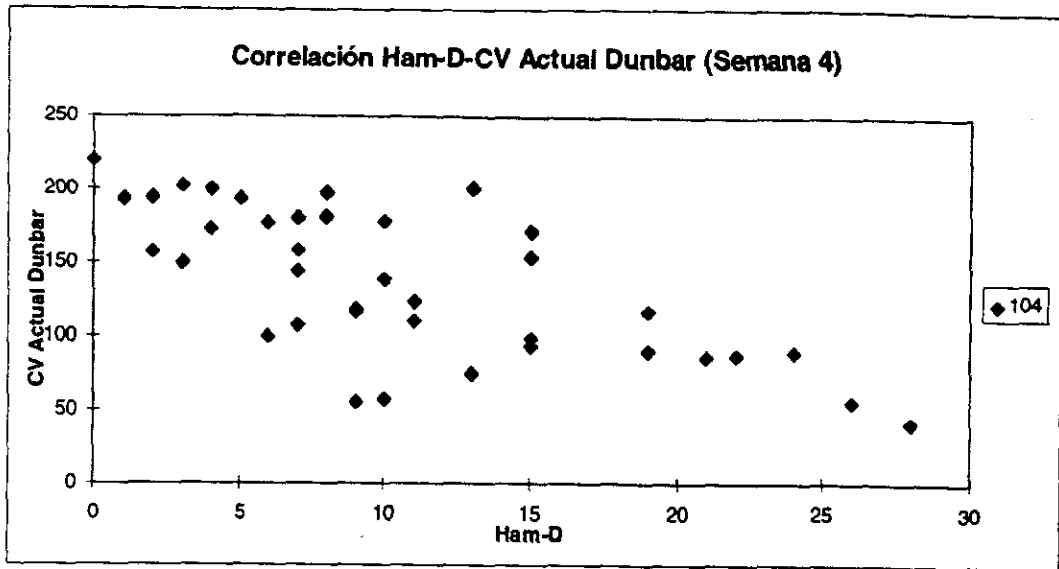
Trastorno de personalidad	Promedio (de) de la CV Actual Basal		t (gl)	p=
	No	SI		
Evitativo	n=26 98 (24.4)	n=17 87.0 (46.2)	1.01 (41)	0.31
Dependiente	n=37 98.5 (33.9)	n=6 63.6 (22.6)	2.42 (41)	0.02
Obsesivo-compulsivo	n=19 105.1 (35.2)	n=24 84.5 (31.9)	2.00 (41)	0.05
Pasivo-Agresivo	n=41 94.0 (35.2)	n=2 85 (21.2)	0.36 (41)	0.72
Masoquista	n=30 100.8 (34.4)	n=13 77.1 (30.1)	2.15 (41)	0.03
Paranoide	n=22 96.5 (32.0)	n=21 90.6	0.55 (41)	0.58
Esquizoide	n=41 94.1 (33.7)	n=2 83 (67.8)	0.44 (41)	0.66
Histriónico	n=27 101.3 (33.6)	n=16 80.6 (33.2)	1.96 (41)	0.05
Narcisista	n=36 97.9 (33.2)	n=7 71.7 (35.5)	1.89 (41)	0.06
Limítrofe	n=26 101.6 (34.5)	n=17 81.4 (31.9)	1.93 (41)	0.06



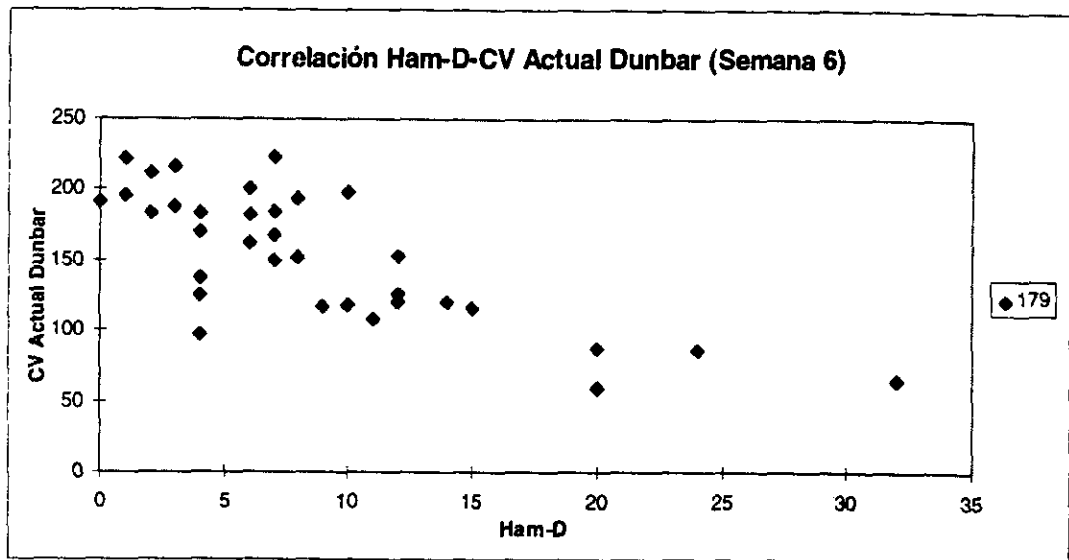
Gráfica 1



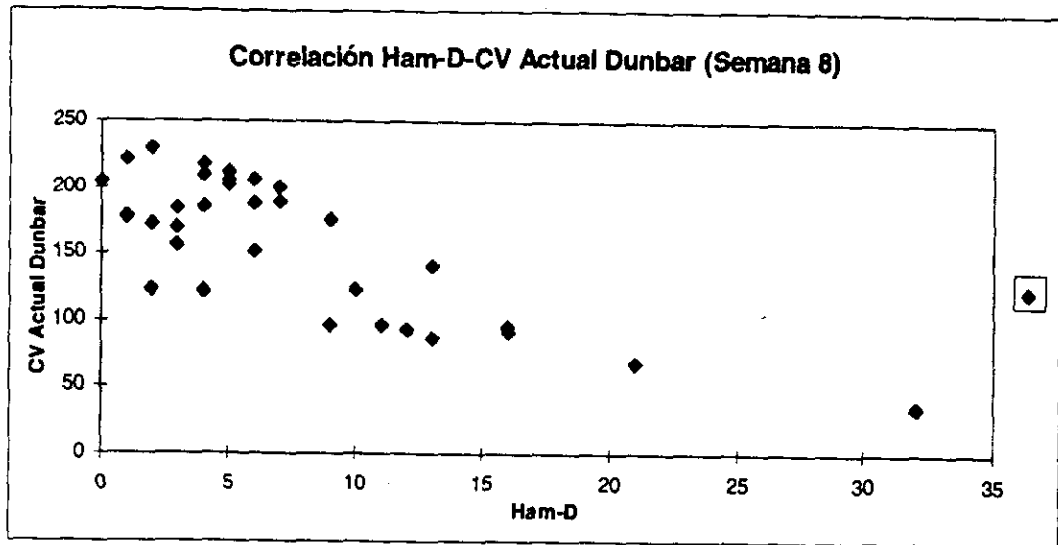
Gráfica 2



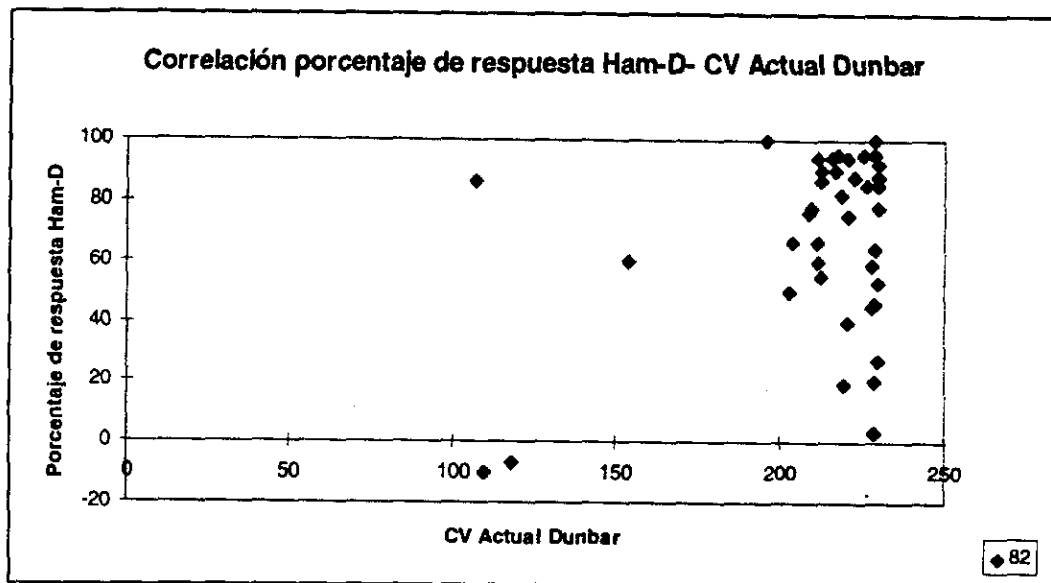
Gráfica 3



Gráfica 4



Gráfica 5



Gráfica 6

DISCUSIÓN.

Las características clínico demográficas de los pacientes estudiados no son representativas de nuestros pacientes ya que el nivel de escolaridad es alto.

En este estudio encontramos correlaciones negativas entre las puntuaciones de severidad de la depresión (HAM-D) y la CV Actual de Dunbar desde la evaluación basal hasta la semana 8, siendo al principio menor y al final mayor. Se obtuvo una mayor puntuación en el HAM-D y una menor CV Actual de Dunbar siendo una correlación inversa. Los pacientes conforme disminuye su puntuación en el HAM-D, se observa que aumenta la puntuación en la CV Actual de Dunbar mostrando una mejor CV al disminuir la severidad de la depresión como se ve en las gráficas 1 a 5. Por lo tanto mejora la CV de los pacientes al disminuir sus síntomas depresivos. También observamos que las correlaciones son menores en la evaluación basal y aumentan al transcurrir las semanas bajo tratamiento. Nos explicamos este hecho como un artefacto estadístico al observar las gráficas de dispersión en donde al inicio de la evaluación se observa mayor dispersión y menor en la evaluaciones siguientes, lo cual es también observado en otros estudios. Stoker y cols. en 1992 en un estudio con 123 pacientes con depresión mayor y trastorno de ansiedad generalizada una correlación que va de -0.57 a -0.58 entre la distancia entre estado actual y estado enfermo con la puntuación de HAM-D (32). Endicott y col. en 1993 utilizando la escala The Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q) para evaluar CV en pacientes con depresión mayor encontró una correlación entre las puntuaciones de HAM-D y Q-LES-Q en la evaluación basal que van de -0.33 a -0.66 en los diferentes dominios del índice (33). En

el estudio de Mazudar en 1996 con 110 pacientes ancianos con depresión mayor en este estudio se evaluó la CV con el General Life Functioning (GLF) y se encontró una correlación significativa entre HAM-D y la puntuación del GLF ($r=-0.47$, $r=-0.68$, y $r=-0.77$, en las evaluaciones basal, semana 12 y semana 24 respectivamente (34).

Estas correlaciones que llegan a ser hasta de -0.77 en la literatura y en nuestra investigación -0.7901 no discriminan entre la medición de la CV y la severidad de la depresión como ya lo había mencionado Bech P. en un artículo de revisión de estudios de CV en depresión (45). Esto probablemente se deba a que la escala de CV de Dunbar es una escala multidimensional que aunque mide como se siente el individuo en diferentes áreas de su vida, tiene muchos reactivos los cuales también se miden con el HAM-D aunque de manera objetiva. Esto nos hablaría de que probablemente estemos midiendo lo mismo y sería necesario utilizar un índice global el cual nos diera una respuesta directa de como percibe el sujeto su vida y observar entonces si las puntuaciones de severidad de la depresión correlacionan tanto con la medición de la CV (44).

En nuestro estudio encontramos una correlación de 0.3414 entre el porcentaje de respuesta al tratamiento medido con el HAM-D en la semana 8 y las puntuaciones de la CV Actual basal, siendo esta correlación muy discreta, con lo que respecta a este hallazgo no existen datos disponibles pero Thunedborg y col. En 1995 realizaron un estudio con pacientes con trastornos afectivos (depresión, trastorno bipolar I y trastorno bipolar II) Encontraron que de 5 pacientes que siguieron durante 4 semanas presentaron

recaída y 3 de estos tuvieron una pobre CV actual en la evaluación basal. De estos 3 pacientes 2 padecían depresión y 1 trastorno bipolar II. (35).

Encontramos también una correlación negativa entre la CV Actual y las puntuaciones del CGI lo que indica que a menor puntuación del CGI (lo cual indica mejoría sintomática) mejor CV. Este hallazgo también lo reporta Endicott y cols. en 1993.

En este estudio no se encontraron diferencias significativas con lo que respecta a la respuesta al tratamiento antidepresivo por 8 semanas en relación a la presencia del trastorno de personalidad como lo mencionan Shea y cols. en 1990 y 1992 (23) (28), Scott y cols. en 1995 (24), Sato y cols en 1994 y Joyce y cols. en 1989 y 1994 (26) (27). En donde si encontramos diferencias significativas fue entre la CV Actual basal de los pacientes con trastorno de personalidad dependiente, obsesivo compulsivo, masoquista e histriónico mostrando una peor CV que aquellos sin dicho diagnóstico. Stoker y cols en 1992 mencionan que las características de personalidad están íntimamente relacionadas con la CV. El neurotismo e introversión se asociaron con una pobre CV (32).

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFIA.

- 1) Numero especial sobre bioética. Bol. Oficina Sanitaria Panamericana. 1990, 108: 616-50
- 2) Ware JE. Standards for validating health measures: definition and content. J Chron Dis 1987; 40: 473-80.
- 3) Slevin ML, Plant H, Lynch D, Drinkwater J, Gregory WM. Who should measure quality of life the doctor or the patient? Brit J Cancer 1988; 57 : 109-12.
- 4) Bigelow DA, MacFarland BH, Olson MM. Quality of life of community mental health program clients: validating a measure. Comm Mental Health Res 1991; 27: 43-55
- 5) Bech P. Measurement of psychological distress and well-being. Psychother Psychosom 1990; 54: 77-89.
- 6) Schmale AH, Morrow GR, Schmitt MH, Adler LM, Enelow A, Murawski BJ. et al. Well-being of cancer survivor. Psychosom Med 1983; 45: 163-9.
- 7) Kiebert GM, de Haes JHCJM, Kievit J, van de Valde CJH. Effect of perioperative chemotherapy on the quality of life of patients with early breast cancer. Eur J Cancer 1990; 26: 1038-42.
- 8) Winklud I, Lindvall K, Swedberg K. Assessment of quality of life in clinical trials. Acta Med Scand 1986; 220: 1-3.
- 9) Cella DF, Tulsky DS. Measuring the quality of life today methodological aspects. Oncology 1990; 4: 29-38.
- 10) Lara-Muñoz MC, Ponce de León S, De la Fuente JR, Conceptualización y medición de la calidad de vida de pacientes con cancer. Rev Invest Clín 1995; 47: 315-27.

11) Wells KB, Golding J, Burnam MA, Psychiatric disorder and limitations in physical functioning in a general population. *Am J Psychiatry* 1988; 14: 712-717.

12) Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, Berry S, Greenfield S, Ware J. The functioning and well-being of depressed patients. *JAMA* 1989; 262: 914-919.

13) Hays RD, Wells KB, Sherbourne CD, Rogers W, Spritzer K, Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 11-19.

14) Craig TJ, Van Matta PA. Disability and depressive symptoms in two communities. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 598-601.

15) Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Chiu Kit Tse MS. Depression, disability days, and lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA* 1990; 264: 2524-2528.

16) Von Korff M, Ormel J, Katon W, Lin EHB. Disability and depression among high utilizers of health care. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 91-100.

17) Charney DS, Nelson CJ, Quinlan DM. Personality traits and disorder in depression. *Am J Psychiatry* 1981; 138: 1601-1604.

18) Zimmerman M, Cryell W. DSM III personality disorder diagnosis in a nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 682-689.

19) Oldham JM, Skodol AE. Personality disorder and mood disorders. Section IV/ Concurrent diagnosis. *Review of psychiatry* Volume II 1992. American Psychiatry Press.

- 20) Kroll J, Ogata K. The relationship of borderline personality disorder to the affective disorder. *Psychiatry Developments* 1987; 2: 105-128.
- 21) Oldham JM, Sdodol AE, Kellman HD, Hyter SE, Doidge N, Rosnick L, Gallaher PE. Comorbidity of axis I and axis II disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 571-578.
- 22) Angst J. Clinical course of affective disorder in depressive illness: Prediction of course and outcome
- 23) Shea MT, Widiger TA, Klein MH. Comorbidity of personality disorder and depression : Implications for treatment. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 857-868.
- 24) Scott J, Williams IMG, Brittlebank A, Ferrier N. The relationship between premorbid neuroticism, cognitive dysfunction and persistence of depression: a 1 year follow-up *J Affective Disord* 1995; 33: 167-172.
- 25) Sato T, Sakado K, Sato S, Morikawa T. Cluster A personality disorder: A marker of worse treatment outcome of major depression?. *Psychiatry Res* 1994; 53: 153-159.
- 26) Joyce P Predictors of treatment response and treatment selection . *Curr Opin Psychiatry* 1994; 7: 26-29.
- 27) Joyce P, Paykel E. Predictors of drug response in depression. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46: 89-99.
- 28) Shea MT, Pilkonis P, Beckham E, Collins J, Elkin I, Satsky S. Personality disorders and treatment outcome in the NIMH. treatment of depression. Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 711-718.
- 29) Duggan Cf, Lee AS, Murray RM. Does personality predict long-term outcome in depression ? *British Journal of Psychiatry* 1990; 157: 19-24.

- 30) Maj M. Predictors of course of depression. *Curr Opin Psychiatry* 1994; 7: 22-25
- 31) Clonninger C, Surakec DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 975-990.
- 32) Stoker Mj, Dunbar G, Beaumont. The SmithKline Beechman quality of life scale: A validation and reliability study in patient with affective disorders. *Quality of life Research* 1992; 1: 385-395.
- 33) Endicott J, Nea J, Harrison W, Blumenthal R. Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire a new measure. *Psychopharmacology bulleting* 1993 ;29: 321-326.
- 34) Mazundar S Reynolds ChF, Hovet Pr, Frank E, Aew MA, Kupfer DJ. Quality of life in elderly patients with recurrent major depression: A factor analisis of the general life functioning scale. *Psychiatry Research* 1996. 63: 183-196.
- 35) Thunedborg K, Black Ch, Bech P. Beyond the Hamilton depression scores in long-term treatment of maniacic- melancolic patient: Predictor of recurrence of depression by quality of life measurement. *Psychother Psychosom* 1995; 64: 131-140.
- 36) Walker V, Streine DL, Novosel S. Rach A. Levine MAH. Health related quality of life in patients with major depression who are treated with moclobemide. *J Clin Psychopharmacologic* 1995; 15: 60S-67S.
- 37) Lonqvist J, Sintonen H, Sgualaht E. Appelberg B, Koskinen T, Mannikko T, Mehtonen OP, Ncorale M, Sihua S, Avunen JP, Hkanan Tl. Antidepresant efficacy and quality of life in depression : A double-blind study with mocobemide and fluoxetine. *Act Psychiatry Escand* 1994 ; 89: 363-369.

- 38) Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960 ; 23: 56-62.
- 39) Riskind, J, Beck AT, Brown G, Steer RA. Taking the measure of anxiety. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* 1972 ; 175: 474-480.
- 40) Dunbar G, Stoker MJ, Hodges TCP, Beaumont G. The development of SBQOL a unique scale for measuring quality of life. *British Journal of Medical Economics* 1992 ; 2: 65-74
- 41) Prien RF, Carpenter LL, Kupfer DJ. The Definition and operational criteria for treatment outcome of major depressive disorder. *Arch. Gen. Psychiatr.* 1991; 48: 796-800.
- 42) Spitzer RL, Williams, JBW, Gibbon M, First MB. Structured clinical interview for DSM-III-R patients version (SCID-P). New York, New York State. Psychiatric Institute. Biometrics Research 1989.
- 43) Organización Mundial de la Salud . Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. T. Mentales y del Comportamiento. CIE-10. Editorial Meditor .1992.
- 44) Gill MT, Feinstein RA. A critical appraisal of the quality of life measurements. *JAMA* 1994 ; 272: 619-626.
- 45) Bech P. Quality of life measurements in major depression. *Eur Psychiatry* 1996 ; 11 : 123-126.

46) Prien RF, Carpenter LL, Kupfer DJ. The Definition and operational criteria for treatment outcome of major depressive disorder. Arch. Gen. Psychiatry 1991; 48: 796-800.