



11262
30
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
"RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ"
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD
MAESTRÍA EN CIENCIAS MÉDICAS EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA

"LA VALIDEZ DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE
VIDA EN DEPRESIÓN".

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN CIENCIAS
P R E S E N T A :
DANELIA MENDIETA CABRERA

TUTORA: DRA. MARIA DEL CARMEN ELIZABETH LARA MUÑOZ

MEXICO, D. F.

TESIS CON
MÉXICO DE ORIGEN

2003.

A



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

PAGINACIÓN DISCONTINUA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas •
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso
el contenido de mi trabajo investigativo.

NOMBRE: Carolina Meador

FECHA: 28 Mayo 2003

FIRMA: [Firma]

Esta investigación se realizó en el servicio de consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".

Becaria del CONACYT durante la elaboración del presente trabajo.

TESIS CON
ORIGEN

B3

México, D.F a 17 de septiembre de 2002.

Dr. Luis Felipe Abreu
Coordinador del programa de Maestría y Doctorado
en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud.
PRESENTE:

Por medio de la presente le informo que la alumna Danelia Mendieta Cabrera ha tenido un buen desempeño en sus estudios para obtener el grado de Maestría en Ciencias Médicas área de estudio Psiquiatría, la cual cursó en la sede operativa Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". Después de haber revisado su tesis "La validez de la evaluación de la calidad de vida en depresión" considero que tiene la calidad suficiente para ser sometida a la consideración del jurado propuesto.
Sin mas por el momento quedo a sus órdenes para cualquier aclaración.



Tutor
Dra. Ma. del Carmen Lara Muñoz

TESIS CON
LA DE ORIGEN

C

ÍNDICE

RESUMEN.	i
I.- ANTECEDENTES.	1
1.-Definición de calidad de vida.	1
2.-La medición de la calidad de vida en depresión.	3
3.-Controversia sobre la medición de la calidad de vida en depresión.	19
II.- JUSTIFICACIÓN.	22
III- OBJETIVOS.	23
1.-Objetivo general.	23
2.-Objetivos específicos.	23
IV.- HIPÓTESIS.	24
V.- MATERIAL Y MÉTODO.	25
1.-Pacientes.	25
2.- Variables del estudio.	26
3.-Validez y confiabilidad de los instrumentos.	27
4.-Procedimiento.	29
5.-Análisis estadístico.	30
VI.- RESULTADOS.	31
VII.-DISCUSIÓN.	47
VIII.- REFERENCIAS.	53
ANEXO 1.	59

TESIS CON
SCLA DE ORIGEN

D

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1.-	Índices clinimétricos utilizados para medir calidad de vida en depresión.	4
Cuadro 2.-	Correlación entre la Escala de calidad de vida de Dunbar y la Escala de depresión de Hamilton en la 6 y 12 semana del estudio (37).	7
Cuadro 3.-	Mejoría en el SF 20 en un seguimiento a 6 semanas con fluoxetina y moclobemide (28).	9
Cuadro 4.-	Estudios de calidad de vida en pacientes con depresión.	17
Cuadro 5.-	Instrumentos de medición.	26
Cuadro 6.-	Confiabilidad de los instrumentos.	29
Cuadro 7.-	Pacientes y sujetos no deprimidos.	31
Cuadro 8.-	Diferencias en edad y escolaridad entre los pacientes deprimidos y los sujetos no deprimidos.	32
Cuadro 9.-	Distribución por sexo de los pacientes deprimidos que completaron el estudio y sujetos no deprimidos.	32
Cuadro 10.-	Distribución por ocupación de los pacientes deprimidos y los sujetos no deprimidos.	33
Cuadro 11.-	Estado civil de los pacientes.	33
Cuadro 12.-	Distribución por diagnóstico psiquiátrico de los 113 pacientes deprimidos.	34
Cuadro 13.-	Trastornos de la personalidad en los pacientes deprimidos estudiados (n=113).	35
Cuadro 14.-	Distribución de los pacientes deprimidos (n=113) por diagnóstico médico.	35
Cuadro 15.-	Tipo de tratamiento antidepressivo de los pacientes deprimidos (n=113) durante el estudio.	36

**TESIS CON
FILA DE ORIGEN**

E

Cuadro 16.-	Comparación en la evaluación basal entre los pacientes deprimidos que concluyeron el estudio y los que no lo concluyeron en las escalas para medir severidad de la depresión y calidad de vida.	37
Cuadro 17.-	Comparación entre los sujetos no deprimidos (n=20) y los pacientes deprimidos (n=113) en las escalas para medir severidad de la depresión y calidad de vida en la evaluación basal.	38
Cuadro 18.-	Diferencias entre las evaluaciones basales y finales de las mediciones de severidad de la depresión y calidad de vida de los 113 pacientes deprimidos que concluyeron el estudio.	39
Cuadro 19.-	Diferencias entre las evaluaciones basales y finales de las mediciones de severidad de la depresión y calidad de vida de los 20 sujetos no deprimidos.	40
Cuadro 20.-	Correlación* entre las medidas de severidad de la depresión y medición de calidad de vida en la evaluación basal (n=113).	41
Cuadro 21.-	Correlación* entre las medidas de severidad de la depresión y medición de calidad de vida en la evaluación final (n=113).	42
Cuadro 22.-	Correlación* entre las diferencias entre la evaluación basal y final de las mediciones de severidad de la depresión y calidad de vida (n=113).	43
Cuadro 23.-	Correlación* entre las medidas de severidad de la depresión y medición de calidad de vida en la evaluación basal de los 20 sujetos sanos.	44
Cuadro 24.-	Correlación* entre las medidas de severidad de la depresión y medición de calidad de vida en la evaluación final de los 20 sujetos sanos.	45
Cuadro 25.-	Correlación* entre las diferencias entre la evaluación basal y final de las mediciones de severidad de la depresión y calidad de vida en los sujetos no deprimidos (n=20).	46

RESUMEN

La validez de la evaluación de la calidad de vida en depresión

Objetivos: Determinar la validez de la evaluación de la calidad de vida (CV) en depresión. Determinar la relación entre la medición de la CV con la medición de severidad de la depresión, empleando dos métodos diferentes (escalas globales y multidimensionales). Comparar la modificación sobre la CV y sobre la depresión con tratamiento antidepressivo, empleando dos métodos diferentes (escalas globales y multidimensionales).

Material y método: Se realizó un estudio de proceso. Se incluyeron 113 pacientes con síndrome depresivo y 20 sujetos no deprimidos, a todos se les aplicó la hoja de datos clínico-demográficos, Escala de depresión de Hamilton (HAM-D), Inventario de depresión de Beck (IDB), Escala global de depresión, Escala global de CV, Escala de CV de Dunbar y la Cuestionario de CV y satisfacción de Endicott en la evaluación basal y a las 8 semanas. Se inició tratamiento a los pacientes deprimidos en la basal.

Resultados: Se incluyeron 133 sujetos entre pacientes deprimidos y sujetos no deprimidos.

Las correlaciones entre la Escala global de CV y la Escala de CV de Dunbar ($r=0.57^*$ y $r=0.56^{**}$) y la Cuestionario de CV y satisfacción de Endicott ($r=0.39^*$ y $r=0.33^{**}$) son mayores que la correlación entre la Escala global de CV y la Escala global de depresión ($r=0.31^*$ y $r=0.38^{**}$) en los pacientes deprimidos.

Las correlaciones entre la escala global de depresión con HAM-D ($r=0.29^*$ y $r=0.47^{**}$) e IDB ($r=0.43^*$ y $r=0.57^{**}$) son mayores que la correlación entre las evaluaciones globales de CV y depresión ($r=0.31^*$ y $r=0.38^{**}$) en los pacientes deprimidos.

En las diferencias entre la evaluación basal y final de los pacientes deprimidos las correlaciones entre la Escala global de CV con la Escala de CV de Dunbar ($r=0.56$) y Cuestionario de CV y satisfacción de Endicott ($r=0.20$) son mayores que la correlación entre las evaluaciones globales de CV y depresión ($r=0.17$).

En las diferencias entre la evaluación basal y final de los pacientes deprimidos las correlaciones entre la Escala global de depresión con HAM-D ($r=0.37$) e IDB ($r=0.47$) son mayores que la correlación entre las escalas globales de CV y depresión ($r=0.17$).

*evaluación basal y **evaluación final.

Conclusiones: La medición de la severidad de la depresión y la medición de la calidad de vida en depresión son constructos diferentes. Es necesario investigar cuales son las características que los diferencian como constructos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LA VALIDEZ DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN DEPRESIÓN.

I.- ANTECEDENTES.

1.-Definición de calidad de vida.

La calidad de vida ha sido reconocida en años recientes como un área importante en lo concierne a los cuidados de la salud (37). La medicina no solamente tiene por objeto la conservación y el restablecimiento de la salud (16), además debe proporcionar "compasión y respeto a la dignidad humana" y "actuar solamente en interés del paciente"(8). Esto significa que la medicina no solo influye en la cantidad de vida (sobrevida), sino también sobre su calidad. La primera es expresada en esperanza de vida en años y tasas de mortalidad, pero la calidad de vida requiere otros indicadores (42). Esto queda mas claro con la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud: "es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad" (46). Para algunos autores la calidad de vida es un problema filosófico (36), para otros puede ser definida y evaluada científicamente (45). Definir el concepto de calidad de vida no ha sido fácil y se ha optado por definiciones operacionales, en base a los elementos objetivos y subjetivos comprendidos en su espectro (29). Los elementos objetivos son por ejemplo el grado de salud, condición de la vivienda, remuneración económica, situación laboral, etc. El elemento subjetivo hace referencia a qué tanto el sujeto se siente satisfecho con las diversas áreas de su vida como la laboral, vivienda, económica, salud etc.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las definiciones de calidad de vida pueden ser las multidimensionales y las unidimensionales. Las definiciones multidimensionales de calidad de vida son aquellas que incluyen componentes objetivos y subjetivos (22). Autores como Farrel y cols. (15) consideran a la calidad de vida como una sensación personal de bienestar que abarca una perspectiva multidimensional que generalmente incluye las siguientes dimensiones o dominios: físico, psicológico, social y espiritual. El bienestar físico es el alivio o control de síntomas, el mantenimiento de la función y la independencia. El bienestar psicológico es mantener una sensación de control en una fase de amenaza a la vida como la enfermedad caracterizada por inestabilidad emocional, alteración de las prioridades de la vida y miedo a lo desconocido. El bienestar social es el esfuerzo de contender con el impacto de la enfermedad sobre los individuos, sus roles y relaciones. Y por último, el bienestar espiritual incluye la capacidad de mantener la esperanza.

Otros autores que también mencionan estas dimensiones son de Haes y van Knippenberg (10), Gilbar (17) y Aaronson (1). De Leval por su parte da prioridad a los componentes objetivos, postulando que estos elementos determinan e influyen sobre la percepción de la calidad de vida que tienen los enfermos bajo un régimen terapéutico (11).

En las definiciones unidimensionales el foco de atención es la percepción global de la vida (24). Dunbar define la calidad de vida como "la diferencia en un periodo particular de tiempo, entre la esperanza y expectativa individual y la experiencia del individuo, basada en la integración de factores o experiencias a nivel biopsicosocial" (12). Gill y Feinstein la definen como "la descripción, percepción y reacción a un estado de salud" (18). Otra definición unidimensional es la de Lara y cols. "La percepción y evaluación global que el sujeto hace de su vida cuando está enfermo, dependiendo de las características de la

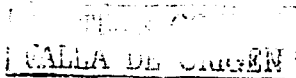
enfermedad que sufre y del tratamiento que recibe"(29) (24). Esta definición no focaliza ningún elemento, subjetivo u objetivo, sino que se consideran complementarios (29). La calidad de vida es la evaluación global que el sujeto hace de su vida, y depende tanto de las características del sujeto (demográficas, de personalidad, valores, etc.) como de moduladores externos, como es el caso de la enfermedad y del tratamiento que ésta requiere (24).

2.-La medición de la calidad de vida en depresión.

En la década pasada, clínicos e investigadores han reconocido que maximizar la calidad de vida es una meta importante en el trabajo con enfermos crónicos y enfermedades incapacitantes. Esto se aplica a varias poblaciones clínicas, incluyendo pacientes con enfermedades mentales graves (38).

Uno de los trastornos psiquiátricos en los cuales se observa un deterioro en el funcionamiento y bienestar de los sujetos es la depresión. Estudios recientes en los que se han tomado en cuenta la discapacidad y la incapacidad asociadas al trastorno han demostrado el impacto y la trascendencia de la depresión. En la actualidad este trastorno ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades más discapacitantes y se estima que para el año 2020 será el segundo (7).

Previamente hemos señalado la confusión que suele haber de lo que es la calidad de vida. En una búsqueda computarizada empleando como descriptores calidad de vida y depresión en el título se pudieron identificar 2877 artículos y las escalas empleadas para medir presumiblemente calidad de vida se muestran en el cuadro 1.



Cuadro 1. Índices clinimétricos utilizados para medir calidad de vida en depresión.

Índice clinimétrico	Número de reactivos	Dimensiones
Forma corta del Medical Outcomes Study (MOS) 16 reactivos (43)	16	Física, papel funcional, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, papel emocional y salud mental.
Forma corta del MOS 20 reactivos (28, 33)	20	Física, papel funcional, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, papel emocional y salud mental.
Forma corta del MOS 36 reactivos (21, 25, 35, 40, 41)	36	Física, papel funcional, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, papel emocional y salud mental.
Escala de calidad de vida de Dunbar (12, 37)	23	1.- Estado actual 2.- Estado ideal Bienestar físico, bienestar psicológico, ánimo, relaciones sociales, locus de control, actividades e intereses, trabajo, función sexual, religión y finanzas
Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott (13)	93	Salud física, sentimientos subjetivos, actividad en tiempo libre, relaciones sociales, actividades generales, trabajo, hogar y escuela
Funcionamiento general de vida (30)	16	Bienestar. Confrontación
15 Dimensiones de calidad de vida (33)	15	Respiración, funcionamiento mental, comunicación, visión, movimiento, trabajo, percepción de salud, oír, comer, eliminación, dormir, malestar, dolor, participación social y depresión.

TESIS CON
CALLA DE ORIGEN

Wells y col. (43) realizaron en 1989 uno de los primeros estudios para describir el funcionamiento y bienestar de enfermos crónicos entre los que incluyeron deprimidos. Para medir bienestar y funcionamiento aplicaron *la forma corta del MOS* (por sus siglas en inglés, Medical Outcomes Study) de 36 reactivos a 112±2 pacientes externos que padecían enfermedades crónicas como hipertensión, enfermedad coronaria, diabetes y depresión. Encontraron que los sujetos que en ese momento tenían trastorno depresivo o síntomas depresivos tuvieron un pobre funcionamiento social y físico y una pobre percepción de su estado actual de salud. El pobre funcionamiento se asoció con síntomas depresivos, con o sin trastorno depresivo, comparable a aquellos pacientes con enfermedades médicas crónicas. Encontraron que la presencia de depresión y enfermedad crónica médica al mismo tiempo, tenían efectos aditivos en el pobre funcionamiento (43).

En 1992 Dunbar y cols. (37) realizaron un estudio para determinar la validez y confiabilidad de una escala para evaluar la calidad de vida, la *Escala de calidad de vida de Dunbar*, en un grupo de 129 pacientes ansiosos y deprimidos de acuerdo a los criterios diagnósticos del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su tercera edición revisada* (DSM III-R) (2), tratados con fármacos y psicoterapia. Se evaluó a los pacientes al inicio y a las semanas 6 y 12. Se aplicó la escala la *Escala de calidad de vida de Dunbar*, *Escala de depresión de Hamilton*, *Escala de ansiedad de Hamilton*, *Escala de Impresión Clínica Global*, el *Cuestionario general de salud* y el *Perfil del impacto de la enfermedad*.

La *Escala de calidad de vida de Dunbar* está constituida por 46 preguntas que se responden en escalas tipo ordinal. Las 46 preguntas se dividen en dos grupos de 23 que proporcionan dos puntuaciones:

TRINIS CON

1) La calidad de vida actual: que evalúan la percepción subjetiva o individual de la satisfacción de vida en el momento de la aplicación del índice y 2) La calidad de vida ideal: evalúa la percepción subjetiva de la satisfacción de vida ideal que el sujeto desearía en las áreas ya señaladas. Este instrumento evalúa 6 áreas:

- a) Bienestar psicológico: es la percepción subjetiva de la presencia e intensidad de alteraciones en el sueño y el apetito, incapacidad física para desplazarse, energía para realizar actividades y dolor físico.
- b) Humor: evalúa la presencia y magnitud de irritabilidad, deseos de morir y preocupación.
- c) Autocontrol: es la percepción subjetiva de la jurisdicción del sujeto sobre su vida y la toma de decisiones, así como la presencia de sentimientos de impotencia.
- d) Relaciones sociales: es la percepción subjetiva de la capacidad para hacer y mantener interacción social y laboral, autoconfianza y sentimientos de inferioridad.
- e) Area laboral y de desempeño: es la percepción subjetiva de insatisfacción con actividades laborales o cotidianas de la vida, así como presencia y magnitud de incapacidad para realizar estas actividades.
- f) Area económica: evalúa la preocupación por su estado o nivel financiero.

Dunbar encontró una correlación negativa entre la *Escala de Calidad de Vida de Dunbar* en su estado actual y la *Escala de depresión de Hamilton* y una correlación positiva entre el estado ideal y la *Escala de depresión de Hamilton* como se muestra en el siguiente cuadro 2 (37).

Cuadro 2. Correlación entre la Escala de calidad de vida de Dunbar y la Escala de depresión de Hamilton en la 6 y 12 semana del estudio (37).

Escala de calidad de vida de Dunbar	La Escala de depresión de Hamilton	
	6ª. Semana r=	12ª. semana r=
Estado actual	-0.57	-0.58
Estado ideal	0.46	0.66

La validez concurrente se estimó estableciendo la relación de la *Escala de calidad de vida de Dunbar* con el *Perfil del impacto de la enfermedad* y el *Cuestionario general de salud* reportándose una r de 0.61 para la *Escala de calidad de vida de Dunbar* y el *Perfil del impacto de la enfermedad* y de 0.44 con el *Cuestionario general de salud*. Se determinó la consistencia interna por medio del α de Cronbach, reportándose 0.90 para la calidad de vida actual y 0.95 para la calidad de vida ideal. Los autores concluyen que esta escala es válida y confiable para evaluar a los pacientes con trastornos afectivos (37).

Endicott y cols. (13) en 1993 desarrollaron El *Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott* en pacientes con trastorno depresivo mayor de acuerdo a los criterios del DSM-III-R (2). Es una escala autoaplicable para explorar el grado de satisfacción que experimentan los pacientes en varias dimensiones de su funcionamiento diario. Estas dimensiones son: salud física, sentimientos subjetivos, trabajo, actividades del hogar, trabajo en la escuela, actividades en tiempo libre, relaciones sociales y actividades generales. Consta de 93 reactivos los cuales se califican en una escala de 1 a 5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La confiabilidad fue evaluada mediante la prueba-reprueba, el instrumento se aplicó el día 1 y día 2. Los resultados fueron un coeficiente de correlación intraclase de 0.66-0.89 entre las diferentes dimensiones.

La consistencia interna fue evaluada mediante el coeficiente alpha de Cronbach. Los resultados fueron 0.91-0.96 entre las diferentes dimensiones. Las dimensiones del *Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott* se correlacionaron con dos instrumentos para medir severidad de la depresión. Primero con la *Escala de depresión de Hamilton* se obtuvieron correlaciones que van de -0.33 a -0.69 con las diferentes dimensiones y con el *Inventario de Depresión de Beck* se obtuvieron correlaciones que van de -0.36 a -0.73 con las diferentes dimensiones. Los autores sugieren que *El Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott* es sensible a cambios sufridos por pacientes deprimidos que no son detectados con las medidas usualmente empleadas para medir depresión (13).

En otro estudio Lonqvist y cols. en 1994 (28) y 1995 (27) compararon la eficacia y tolerabilidad del moclobemide y la fluoxetina, y en segundo lugar evaluar la mejoría en la calidad de vida con estos tratamientos en un seguimiento a 6 semanas. Fue un estudio multicéntrico en Finlandia (6 centros), doble-ciego, aleatorio. Se incluyeron pacientes con trastorno depresivo mayor de acuerdo al DSM-III-R con por lo menos 16 puntos en la escala HAM-D. La eficacia del moclobemide a una dosis de 300-450 mg/día fue comparada con la de fluoxetina de 20 a 40 mg/día. Se valoraron 209 pacientes al inicio, a la segunda y a la sexta semana, con los siguientes instrumentos: *Escala de depresión de Hamilton*, *Impresión clínica global*, *Escala de depresión de Montgomery - Asberg* y para calidad de vida la *forma corta del MOS de 20 reactivos y Las 15 dimensiones de calidad de vida*. Se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

encontró que la eficacia fue evidente con ambos tratamientos; 67% de los pacientes que tomaron moclobemide y 57% de los que tomaron fluoxetina tuvieron una reducción de 50% o mas en la *Escala de depresión de Hamilton*. La terminación prematura del tratamiento fue de 18% en el grupo de moclobemide y 21% en el de fluoxetina. Hubo mejoría significativa en la puntuación del *SF 20* a la semana 2 y continuo así hasta la semana 6 en el grupo de moclobemide y el grupo de fluoxetina hubo mejoría significativa a la semana 2 en todas en casi todas las dimensiones excepto funcionamiento físico y papel funcional y en la semana 6 hubo mejoría significativa en todas las áreas ver en el cuadro 3. En la escala de *Las 15 dimensiones de calidad de vida* se encontró mejoría en la semana 2 (moclobemide basal 0.72 ± 0.10 y moclobemide semana 2 0.77 ± 0.77 ; $t=-3.33$; $p=0.001$) en la semana 6 moclobemide basal 0.72 ± 0.10 y moclobemide semana 6 0.82 ± 0.10 ; $t=-6.74$; $P<0.001$) y en el grupo de fluoxetina hubo mejoría significativa en la semana 2 (fluoxetina basal 0.72 ± 0.12 y fluoxetina semana 2 0.77 ± 0.13 ; $t=-2.75$; $p=<0.01$) y en la semana 6 (fluoxetina basal 0.72 ± 0.12 y fluoxetina semana 6 0.80 ± 0.11 ; $t=-4.64$; $p=<0.001$) (28) (27).

Cuadro 3. Mejoría en el SF 20 en un seguimiento a 6 semanas con fluoxetina y moclobemide (28).

SF 20	Moclobemide			Fluoxetina		
	Basal	Semana 2	Semana 6	Basal	Semana 2	Semana 6
Física	65.4	72.3**	77.0***	65.1	69.6NS	80.3***
Papel funcional	25.0	35.6**	30.0***	24.3	31.3NS	44.7**
Salud mental	39.5	53.9***	63.4***	39.5	52.2***	58.5***
Percepción de salud	31.8	37.3***	45.6***	30.9	36.7***	40.9***
Dolor	57.6	66.2***	67.5***	57.6	66.3**	72.5***
Funcionamiento social	44.9	57.0**	65.7***	48.3	53.9**	63.5***

Prueba t para cambios de la basal ** $p<0.01$, *** $p>0.001$ y NS no significativo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En 1995 Hays, y cols. (21) realizaron un seguimiento a 2 años de 1790 pacientes con depresión, diabetes, hipertensión, infarto al miocardio reciente y/o insuficiencia cardíaca congestiva, con el propósito de comparar el funcionamiento y bienestar de los pacientes deprimidos con aquellos que sufren enfermedades crónicas. Emplearon *la forma corta del MOS de 36 reactivos*. Encontraron que el funcionamiento y el bienestar de los pacientes con depresión subumbral a los dos años fueron similares o peor que en el grupo con enfermedades médicas crónicas. A los dos años los pacientes con depresión subumbral tuvieron significativamente más limitaciones en el funcionamiento físico que los pacientes con hipertensión arterial sistémica (promedio en depresión subumbral 71 e hipertensión 78: $t=2.62$, $gl=1618$, $p=0.009$), más limitaciones debido a problemas de salud física en depresión (promedio en depresión 61 en hipertensión 72: $t=2.40$, $gl=1462$, $p=0.02$), reportaron mayor dolor corporal (promedio en depresión 68 en hipertensión 77: $t=2.57$, $gl=1625$, $p=0.01$), y tuvieron una pobre percepción de salud general (promedio en depresión 57 en hipertensión 64: $t=2.36$, $gl=1636$, $p=0.02$) que los pacientes con hipertensión. A los dos años los pacientes con alguna forma de depresión (depresión subumbral, trastorno depresivo, distimia y depresión doble) atendidos por especialista tuvieron un pobre funcionamiento y menor bienestar que los pacientes no deprimidos con enfermedades crónicas (21).

Otro estudio para ver la mejoría de la calidad de vida en pacientes con depresión mayor sometidos a tratamiento farmacológico con moclobemide fue realizado por Walker y cols. (41) en 1995. Evaluaron al inicio, a las 2, a las 4, y a las 8 semanas del tratamiento. La calidad de vida relacionada a la salud se evaluó con *la forma corta del MOS de 36 reactivos*. Se encontró mejoría estadísticamente significativa en la calidad de vida

relacionada a la salud en la semana 0 a la semana 8, aunque 190 (29%) pacientes abandonaron el estudio prematuramente por efectos colaterales (41).

Thunberg y cols. (40) en 1995 realizaron un estudio en pacientes con trastornos afectivos (depresión, trastorno bipolar I y trastorno bipolar II). Emplearon la *Escala de depresión de Hamilton* para evaluar severidad de la depresión y La *Escala de calidad de vida de Dunbar* y la *forma corta del MOS de 36 reactivos* para medir calidad de vida. Se encontró que los pacientes con recuperación total tuvieron mejor calidad de vida que aquellos con recuperación parcial (recuperación total 76.3 ± 12.2 y recuperación parcial 56.6 ± 14.0 $p=0.01$). Además la medición de la calidad de vida parece tener un valor predictivo ya que 3 de 5 pacientes que recayeron, tuvieron una peor calidad de vida en la primera entrevista (40).

En 1996 Mazumdar y cols. (30) evaluaron la calidad de vida en pacientes ancianos con episodio depresivo mayor recurrente antes y durante el tratamiento combinado con nortriptilina y psicoterapia interpersonal. Emplearon la *escala de Funcionamiento general de vida* para medir calidad de vida y la *Escala de depresión de Hamilton* y el *Inventario de depresión de Beck* para severidad de la depresión. Se encontró una mejoría significativa en la calidad de vida, sobre el curso del tratamiento en pacientes con recuperación y sin recuperación. Otros datos reportados fueron una correlación significativa entre la *Escala de depresión de Hamilton* y la puntuación total de la *escala de Funcionamiento general de vida* ($r=-0.47$, $n=100$; $r=-0.68$, $n=75$; y $r=-0.77$, $n=55$ en la basal, semana 12 y semana 24 respectivamente). El *Inventario de depresión de Beck* también correlacionó con la *escala de Funcionamiento general de vida* ($r=-0.33$, $n=99$; $r=-0.60$, $n=75$; y $r=-0.77$, $n=55$ en la basal, semana 12 y semana 24 respectivamente (30).

Lonnqvist y Partonen (33) en 1996 realizaron un ensayo clínico controlado para determinar la eficiencia de la floxetina versus el moclobemide en dos grupos de pacientes. Uno grupo de pacientes con trastorno depresivo mayor con patrón estacional según el DSM III-R (2) y el otro grupo con depresión mayor pero que no cumplieran con el patrón estacional. Los pacientes fueron asignados al tratamiento de manera aleatoria y ciega y fueron seguidos durante 6 semanas. Se conformaron los siguientes grupos: Pacientes con patrón estacional que recibieron moclobemide (n=11), pacientes sin patrón estacional que recibieron moclobemide (n=67), pacientes con patrón estacional que recibieron fluoxetina (n=18) y de pacientes sin patrón estacional que recibieron fluoxetina (n=55). Los índices utilizados fueron la *Escala de depresión de Hamilton*, *La Forma corta del MOS de 20 reactivos* y *Las 15 dimensiones de calidad de vida*, no hubo diferencias significativas en la respuesta antidepressiva a los dos fármacos en los pacientes con depresión mayor con patrón estacional y aquellos sin dicho patrón. Se encontró que el funcionamiento físico fue significativamente mejor en los pacientes con patrón estacional que recibieron moclobemide comparado con los pacientes sin este patrón estacional que recibieron la misma medicación (54.5 vs 21.0 respectivamente, $t=-2.67$, $gl=71$, $p=0.0009$). No hubo otras diferencias significativas en las dimensiones de calidad de vida entre los sujetos que recibieron cualquiera de los dos tratamientos (33).

Simon y cols. (35) en 1996 realizaron un ensayo clínico controlado para comparar la eficiencia de la desimipramina, fluoxetina o imipramina en pacientes con depresión mayor según el DSM III-R. Se incluyeron 536 pacientes los cuales fueron asignados de manera aleatoria a uno de los tres grupos: 181 al de desimipramina, 173 al de fluoxetina y 182 al de imipramina. El 72 % de los pacientes fue del sexo femenino. Se evaluó a los pacientes al

primer, tercer y sexto mes. Los índices clinimétricos utilizados fueron la *Escala de depresión de Hamilton*, el *SCL-90* y La *Forma corta del MOS de 36 reactivos*. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la mejoría clínica en los tres grupo. Tampoco hubo diferencias significativas entre los tres grupos en lo que respecta a la calidad de vida (35).

Dam y cols. (9) en 1998 realizaron un estudio para determinar la eficacia en depresión mayor de una combinación de fluoxetina administrada por la mañana mas mianserina administrada por la noche versus fluoxetina administrada por la mañana mas placebo administrado por la noche. Se incluyeron 34 pacientes con depresión mayor de acuerdo a los criterios del DSM III-R en un periodo de 1994 a 1996. Dieciséis pacientes recibieron fluoxetina mas mianserina y 18 recibieron fluoxetina mas placebo. Los pacientes fueron evaluados con los siguientes índices: la *Escala de depresión de Hamilton* y el *Cuestionario de calidad de vida en depresión*. Durante este estudio los autores calcularon la consistencia interna del índice *Escala de calidad de vida en depresión* el cual mostró un alpha de Cronbach de 0.95. El 69% de los pacientes que recibieron fluoxetina mas mianserina y 61% de los que recibieron fluoxetina mas placebo terminaron la evaluación a seis semanas. La combinación fluoxetina mas mianserina fue superior a la combinación fluoxetina mas placebo con un promedio en la *Escala de depresión de Hamilton* a las 6 semanas de 17.5 vs 27 respectivamente pero no hubo diferencias significativas ($p=0.06$). Los autores refieren que la combinación fluoxetina mas mianserina fue superior a la otra combinación con respecto a la calidad de vida pero no muestra cifras que respalden dichas afirmaciones (9).

Leidy y cols. (25) en 1998 realizaron un estudio para evaluar las propiedades psicométricas del *Cuestionario de calidad de vida en depresión* y La *Forma corta del MOS de 36*

reactivos en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar. Se incluyeron 62 pacientes diagnosticados con trastorno bipolar de los cuales 34 eran eutímicos y 28 estaban deprimidos. Los pacientes fueron evaluados al inicio del estudio y a las 8 semanas de tratamiento. Otros índices clinimétricos utilizados fueron el *Índice de salud mental* y la *Escala de depresión de Hamilton*.

Los coeficientes de consistencia interna para cada escala en pacientes eutímicos fueron: para el *Cuestionario de calidad de vida en depresión* 0.94, para el 0.92 y en las 8 dimensiones de la *Forma corta del MOS de 36 reactivos* el coeficiente fue de 0.63 a 0.89 y en los deprimidos para el *Cuestionario de calidad de vida en depresión* 0.93, para el *Índice de salud mental* 0.89 y en las 8 dimensiones de la *Forma corta del MOS de 36 reactivos* van de 0.57 a 0.93. También se evaluó la confiabilidad prueba-reprueba aplicando los instrumentos en los pacientes eutímicos en la basal y a las 8 semanas. Se obtuvo un coeficientes de correlación de Pearson para el *Cuestionario de calidad de vida en depresión* fue 0.66, el *Índice de salud mental* 0.59 y para las 8 dimensiones de la *Forma corta del MOS de 36 reactivos* fueron de 0.38 a 0.80.

Para determinar si los instrumentos son sensibles al cambio se determinó si había diferencias entre los diferentes instrumentos a través de las 8 semanas. Se encontró que en los pacientes eutímicos no hubo diferencias significativas en la basal y a las 8 semanas de tratamiento en los siguientes índices: la *Escala de depresión de Hamilton*, *Cuestionario de calidad de vida en depresión*, y la *Forma corta del MOS de 36 reactivos*. En cambio en los pacientes deprimidos sí hubo diferencias significativas en la basal y a las 8 semanas en la *Escala de depresión de Hamilton* (17.3 ± 7.8 vs 10.6 ± 6 $p < 0.001$), en el *Índice de salud mental* (36.8 ± 8 vs 51.3 ± 18.3 $p < 0.001$) y en las dimensiones del SF-36 en vitalidad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(20.4 ± 17.5 vs 38.1 ± 22.4 $p < 0.001$), papel emocional (8.3 ± 20.3 vs 45.8 ± 41.5 $p = 0.001$) y en salud mental (33.4 ± 16.5 vs 48.5 ± 22.5 $p = 0.001$ (25).

Wheatley y cols. (44) en 1998 realizaron un ensayo clínico controlado para determinar la eficacia y tolerabilidad de la mirtazapina en comparación con la fluoxetina en pacientes con trastorno depresivo mayor de moderado a severo. Se incluyeron 133 pacientes con trastorno depresivo mayor de acuerdo a los criterios del DSM III-R y una puntuación igual o mayor de 21 puntos en la *Escala de depresión de Hamilton*. Los pacientes fueron evaluados el primer y segundo día para entrar al estudio. Del día tres al siete a los pacientes se les dio placebo siendo el paciente ciego a la maniobra. El octavo día se asignó aleatoriamente a los pacientes al grupo de fluoxetina o mirtazapina. La dosis de los medicamentos fue flexible de acuerdo a los efectos colaterales, la dosis de mirtazapina fue de 15 a 60 mg/día y de fluoxetina de 20 a 40 mg/día. Los pacientes fueron evaluados los días 7, 14, 28 y 48 del estudio. Se emplearon los siguientes índices *Escala de depresión de Hamilton*, *Impresión clínica global* y *Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott* la versión corta. De los 133 pacientes incluidos, 66 fueron asignados al grupo de mirtazapina y 67 al de fluoxetina. Ambos grupos fueron pareados en la basal con respecto a características sociodemográficas y promedio en la *Escala de depresión de Hamilton*. Setenta y cuatro por ciento de pacientes del grupo de mirtazapina y 69% del de fluoxetina completaron el estudio. Se encontró que la magnitud del cambio fue mayor para el grupo tratado con mirtazapina en comparación en el de fluoxetina en la *Escala de depresión de Hamilton*. Ambos tratamientos mostraron una mejoría en la calidad de vida de los sujetos y no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos, encontrando una diferencia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

estimada del tratamiento final mirtazapina vs Fluoxetina de 2.14 con un intervalo de confianza de 95% de -2.30 a 6.58 $p=.348$ (44).

Newhouse y cols. (32) en el 2000 realizaron un ensayo clínico controlado para comparar la sertralina con la fluoxetina en pacientes ancianos deprimidos. Se incluyeron 236 pacientes mayores de 60 años que cumplieran con los criterios del DSM III-R para depresión mayor y que tuvieran una puntuación igual o mayor a 18 en la *Escala de depresión de Hamilton*. Fueron asignados de manera aleatoria a los 2 grupos de tratamiento quedando 117 en el grupo de sertralina y 119 en el de fluoxetina. Los pacientes fueron evaluados semanalmente a lo largo de 12 semanas. Se aplicaron los siguientes instrumentos *Escala de depresión de Hamilton*, *Escala de depresión de Montgomery-Asberg*, *Impresión clínica global*, *Inventario de depresión de Beck* y el *Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott*. El 73% de pacientes del grupo de sertralina y el 71% de fluoxetina mostraron una reducción igual o mayor al 50% en la *Escala de depresión de Hamilton* y no hubo diferencias significativas. Los autores comentan que ambos grupos mejoraron en su calidad de vida y hubo diferencias significativas ($p<0.01$), en su reporte no muestra cifras que apoyen su comentario (32).



Cuadro 4. Estudios de calidad de vida en pacientes con depresión.

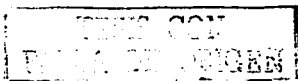
Autor y año.	Pacientes	Índice clínicométrico	Hallazgos
Wells. y cols. 1989 (43).	N=11242	Forma corta del MOS 16 reactivos	Sujetos con trastorno depresivo o síntomas depresivos tienen un pobre funcionamiento social, físico y pobre percepción de su estado actual de salud. Depresión y enfermedad crónica tienen efectos aditivos en el pobre funcionamiento.
Stoker y cols. 1992 (37).	n=129	Escala de calidad de vida de Dunbar	Correlación negativa entre la distancia entre estado actual y enfermo con Escala de depresión de Hamilton -0.57 en la semana 6 y -0.58 a la semana 12. Correlación positiva entre la distancia entre estado actual e ideal y Escala de depresión de Hamilton 0.46 a la semana 6 y 0.66 a la semana 12.
Endicott y cols. 1993 (13).	n=95	Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott	Correlación negativa con Escala de depresión de Hamilton ($r=-0.33$ - -0.69) y Inventario de depresión de Beck ($r=-0.26$ - -0.73).
Lonnqvist y cols. 1994, 1995 (25) (27).	n=209	Forma corta del MOS 20 reactivos 15 Dimensiones de calidad de vida	Los pacientes mejoraron con ambos tratamientos (Fluoxetina y moclobemide) tanto en la severidad de la depresión como en calidad de vida en el seguimiento a 12 semanas con ambos tratamientos
Hays y cols. 1995 (21).	n= 1790	Forma corta del MOS 36 reactivos Seguimiento a 2 años.	Pacientes con depresión subumbral con similar o peor funcionamiento y bienestar que aquellos con enfermedades crónicas médicas: limitaciones en el funcionamiento físico ($r=2.62$, $gl=1618$, $p=0.009$) mas limitaciones debidas a problemas de salud física ($r=2.40$, $gl=1462$, $p=0.02$) mayor dolor físico ($r=2.57$, $gl=1625$, $p=0.01$) pobre percepción de salud general ($r=2.36$, $gl=1636$, $P=0.02$). Los pacientes con alguna forma de depresión tuvieron pobre funcionamiento y bienestar.
Walker y cols. 1995 (41).	n=651	Forma corta del MOS 36 reactivos	Mejoría en la calidad de vida relacionada a la salud en los pacientes tratados con moclobemide.
Thunberg y cols. 1995 (40).	n=23	Forma corta del MOS 36 reactivos Escala de calidad de vida de Dunbar	Una calidad de vida mejor en los pacientes con recuperación total que aquellos con recuperación parcial Tres pacientes de cinco que tuvieron recaída presentaron una pobre calidad de vida en la primera entrevista (valor predictivo de la medición de calidad de vida).

Mazudar y cols. 1996 (30).	n=110	Funcionamiento general de vida	Correlación negativa con Escala de depresión de Hamilton ($r=-0.47$; $r=-0.68$ y $r=-0.77$ en la basal, semana 12 y semana 24) Correlación negativa con Inventario de depresión de Beck ($r=-0.33$; $r=-0.60$ y $r=-0.77$ en la basal, semana 12 y semana 24).
Partonen y Lonnqvist en 1996 (33).	n=183	Forma corta del MOS 20 reactivos 15 Dimensiones de calidad de vida	En el SF20 en la dimensión de funcionamiento fue mayor en los pacientes con trastorno afectivo estacional (TAE) que recibieron moclobemide que los pacientes sin TAE que recibieron fluoxetina (54.5 vs 21.0 respectivamente $t=2.67$, $gl=71$, $p=0.009$). No hubo diferencias significativas en las dimensiones de calidad de vida entre los sujetos con TAE que recibieron cualquiera de los tratamientos.
Simon y cols en 1996 (35).	n=536	Forma Corta del MOS 36 reactivos	No hubo diferencias en la calidad de vida en los pacientes que recibieron desimpramina, fluoxetina o imipramina.
Leidy y cols. en 1998 (25)	n=62	Cuestionario de Calidad de Vida en Depresión Forma Corta del MOS 36 reactivos	Propiedades psicométricas de escalas de calidad de vida en pacientes con trastorno bipolar tanto deprimidos como eutímicos.
Wheatley y cols en 1998 (44).	n=133	Cuestionario de Calidad de Vida y Satisfacción de Endicott	La calidad de vida de los pacientes deprimidos mejora tanto con mirtazapina como con fluoxetina.
Newhouse y col en 2000 (32).	n=236	Cuestionario de Calidad de Vida y Satisfacción de Endicott.	Tanto con sertralina como con fluoxetina los pacientes deprimidos ancianos mejoran su calidad de vida.

3.-Controversia sobre la medición de la calidad de vida en depresión.

En años recientes ha surgido la controversia sobre el uso del término calidad de vida, ya que ha creado dudas, confusiones y mal entendimiento entre clínicos, investigadores, políticos y pacientes. La razón principal de esta controversia es que no existe una base conceptual clara para la medición de la calidad de vida. En primer lugar existe la confusión entre estado de salud y calidad de vida. Los instrumentos que están disponibles para medir la calidad de vida incluyen datos fisiológicos, actividades sociales, retorno y habilidad en el trabajo, y problemas psicológicos. Estos instrumentos hablan sobre algunas condiciones de la vida del sujeto y no acerca de la calidad de vida del mismo. Otro término empleado es el de calidad de vida relacionado a la salud. Este nuevo concepto implica que la gente puede analizar la calidad de vida en dos componentes: uno relacionado a la salud y otro no relacionado a la salud (25). Esta visión falla en no tomar en cuenta las interconexiones entre el estado de salud con otros aspectos de la existencia como cambios en ingresos, nivel en el trabajo, relaciones personales, estrategias de afrontamiento, responsabilidades, autoimagen y niveles de bienestar acostumbrados. Estas discrepancias entre algunas aproximaciones a la medición de la calidad de vida trae consigo dificultades para formar un concepto universal. La confusión entre estado de salud y calidad de vida ha creado dilemas técnicos, conceptuales y éticos (26).

El hecho de que algunos componentes de la calidad de vida no puedan ser observados directamente, hace que la calidad de vida se mida de forma indirecta con una serie de preguntas relacionadas con el constructo. A el término calidad de vida relacionado a la salud se le han incluido los siguientes dominios: físico, psicológico, y social además de

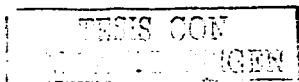


otras áreas que influyen en la persona como experiencias, creencias, expectativas y percepciones. Todas estas áreas pueden ser medidas de forma objetiva o subjetiva. La primera es necesaria para ver el grado de salud, la segunda es importante para medir la satisfacción del paciente con los aspectos de su vida. La participación de todos estos dominios en la calidad de vida habla de su complejidad (23).

Cuando la OMS en 1948 definió salud como un constructo hipotético compuesto por los elementos físico, social y psicológico, no implicaba que la calidad de vida también esté compuesta por estos elementos. El hecho de que los instrumentos utilizados para medir calidad de vida hagan énfasis en la capacidad funcional puede ser por el dominio de un modelo médico que hace énfasis en la habilidad de realizar tareas diarias y cumplir con roles sociales y ocupacionales (26).

Gill y Feinstein (18) llevaron a cabo una revisión de los artículos en la que se evaluó la medición de la calidad de vida y observaron que muchos de los autores no definen lo que es calidad de vida, y que substituyen el término calidad de vida por términos como estado de salud o estado funcional y evalúan la calidad de vida con instrumentos creados para medir estado de salud o estado funcional. Estos instrumentos tienen propiedades estadísticas y psicométricas adecuadas pero carecen de lo que Feinstein ha llamado "sensatez". En muy pocos artículos los autores definen el concepto de calidad de vida y utilizan escalas globales para medirla. Estos autores dan tres recomendaciones para la medición de la calidad de vida:

1.- El uso de escalas globales: Una escala global puede reflejar el valor y preferencias del individuo y mostrar al investigador una aproximación más sensible a la medición de calidad



de vida. Estas escalas son de fácil aplicación, indican el grado de mejoría al inicio y en el seguimiento del tratamiento.

2.- Porcentaje de severidad e importancia: Es importante mencionar la severidad e importancia que el individuo da a los problemas encontrados en los diferentes dominios incluidos en la calidad de vida.

3.- Permitir reactivos suplementarios: Esto permite al paciente agregar factores que no fueron incluidos en el instrumento y que son importantes para él y se reflejan en la calidad de vida.

La calidad de vida es más que el estado de salud; es una percepción personal única, que representa la forma en la que el paciente siente particularmente acerca de su estado de salud o aspectos no médicos de su vida (18).

En una revisión de artículos que tratan sobre la medición de la calidad de vida en depresión mayor Bech (4), llega a la conclusión de que dicha medición es cuestionable ya que los instrumentos utilizados para medir calidad de vida en depresión no demuestran su validez discriminativa cuando se comparan con instrumentos utilizados para medir severidad de la enfermedad (*Escala de depresión de Hamilton e Inventario de depresión de Beck*).

En 1995 de Leval y cols. (11) propusieron un modelo basado en el tiempo, pasado, presente y futuro, el cual puede ser usado para generar una clasificación alternativa de depresión, malestar y calidad de vida. La depresión es definida como el paso de un pasado sano a un presente doloroso; el malestar es visto como un presente doloroso y la calidad de vida es cómo el sujeto considera su presente de acuerdo a sus aspiraciones. Las escalas de depresión demuestran estar construidas con 2 tiempos (pasado y presente) y las escalas de calidad de vida también 2 tiempos (presente y futuro) (11).

TESIS CON
TALLA DE ORIGEN

II.- JUSTIFICACIÓN.

Aunque este modelo conceptual permite una diferenciación entre los conceptos de calidad de vida y depresión, son necesarios estudios con diferentes métodos de evaluación para sustentar si realmente la calidad de vida es un constructo diferente de la depresión o si son constructos que se traslapan.

La depresión se caracteriza por ánimo bajo, irritabilidad, deseos de morir, alteraciones en el sueño, disminución en la psicomotricidad, en la energía, en el apetito, inseguridad, dificultad para tomar decisiones, desesperanza, minusvalía, disminución en placer para realizar cosas que antes disfrutaba.

Como se observó en esta revisión existe un traslape entre la medición de la calidad de vida y la medición de la severidad de la depresión. Esto es evidente al revisar la correlaciones entre calidad de vida y severidad de la depresión que llegan a ser hasta de -0.77 que corresponde a un 50% de la varianza total. Esto no debe de extrañarnos ya que los instrumentos para medir calidad de vida incluyen reactivos que también son evaluados en los instrumentos para medir severidad de la depresión. Una manera de poder diferenciar estos constructos es utilizar escalas globales para medir calidad de vida como sugieren Gill y Feinstein (18) y Lara-Muñoz y Feinstein (23), y compararlas con las escalas hasta ahora propuestas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

III.- OBJETIVOS.

1.- Objetivo general.

1.- Determinar la validez de la evaluación global de la calidad de vida en depresión.

2.- Objetivos específicos.

1.- Determinar la relación entre la medición de la calidad de vida con la medición de severidad de la depresión, empleando dos métodos diferentes (escalas globales y multidimensionales).

2.- Comparar la modificación sobre la calidad de vida y sobre la depresión con tratamiento antidepressivo, empleando dos métodos diferentes (escalas globales y multidimensionales).

IV.- HIPÓTESIS.

- 1.- La correlación entre las evaluaciones de calidad de vida global y multidimensional es mayor que la correlación entre las evaluaciones globales de calidad de vida y depresión.
- 2.- La correlación entre las evaluaciones de depresión global y multidimensional es mayor que la correlación entre las evaluaciones globales de calidad de vida y depresión.
- 3.- La correlación entre los cambios después de tratamiento antidepresivo en las evaluaciones de calidad de vida global y multidimensional es mayor que la correlación entre los cambios en las evaluaciones globales de calidad de vida y depresión.
- 4.- La correlación entre los cambios después de tratamiento antidepresivo en las evaluaciones de depresión global y multidimensional es mayor que la correlación entre los cambios en las evaluaciones globales de calidad de vida y depresión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

V.- MATERIAL Y MÉTODO.

Se trata de un estudio de proceso específicamente de validez esto según la clasificación de Feinstein (14).

1.- Pacientes.

Se incluyeron dos grupos: uno de pacientes deprimidos y otro de sujetos no deprimidos.

En el grupo de deprimidos se incluyó a pacientes que acudieron al Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" diagnosticados con síndrome depresivo y que se les inició tratamiento en dicho instituto y que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: 1.- Hombres o mujeres; 2.- Entre 18 y 65 años; 3.- Que supieran leer y escribir español; 4.- Que cumplieran criterios del DSM-IV (3) para episodio depresivo mayor, distimia, reacción de ajuste con ánimo deprimido o fase depresiva del trastorno bipolar; 5.- Que aceptaran participar en el proyecto. Se excluyeron a los pacientes: Con síntomas psicóticos o con procesos demenciales según valoración clínica.

En el grupo de sujetos no deprimidos se incluyeron acompañantes de los pacientes deprimidos que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: 1.- Hombres o mujeres; 2.- Entre 18 y 65 años; 3.- Que sepan leer y escribir español; 4.- Sujetos que acompañen a los pacientes deprimidos; 5.- Que no cumplieran criterios para cualquier trastorno mental según el DSM IV; 6.- Que aceptaran participar en el proyecto.

Se calculó que se requerían 113 pacientes deprimidos para tener una correlación de 0.3 con una $\alpha=0.05$ y $\beta=0.10$, con una potencia de 0.90.

TRABAJOS CON
TALLA DE ORIGEN

2.-Variables del estudio.

Las variables estudiadas fueron la severidad de la depresión y la calidad de vida. Ambas variables de tipo ordinal. La severidad de la depresión se midió con la *Escala de depresión de Hamilton*, el *Inventario de depresión de Beck* y una *Escala global de depresión*. La calidad de vida se evaluó con la *Escala de calidad de vida de Dunbar*, *Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott* y una *Escala global de calidad de vida*.

Cuadro 5. Instrumentos de medición.

Instrumento	No. reactivos	Calificación
Escala de depresión de Hamilton. (20)	21	0-62
Inventario de depresión de Beck. (34)	21	0-63
Escala global de depresión	1	0-100
Escala de calidad de vida de Dunbar (12)	Subescala actual: 23	1-10
	Subescala Ideal: 23	1-10
Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott (13)	93	1-100
Escala global de calidad de vida	1	0-100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.- Validez y confiabilidad de las escalas utilizados.

Escala de depresión de Hamilton.

Es una escala que consta de 21 reactivos, la cual es aplicada por el observador. Es utilizada para medir severidad de la depresión, no es un instrumento diagnóstico. Sirve para medir los cambios a través del tiempo y la respuesta al tratamiento.

La validez de construcción se realizó por medio de análisis factorial en un estudio de Mowbray R.M. en 1972 (31).

En lo que se refiere a la confiabilidad se reportó una prueba-reprueba de 0.82 (19). La consistencia interna se obtuvo al calcular el coeficiente alpha de Cronbach que fue de 0.73 (20).

Inventario de depresión de Beck.

Es una escala autoaplicable para evaluar severidad de la depresión y consta de 21 reactivos. Steerer y cols. (34) realizaron una revisión sobre los estudios de validez y confiabilidad del BDI. En esta revisión quedó demostrada la validez de esta escala. Reportaron una confiabilidad prueba-reprueba de 0.70 y una consistencia interna con un coeficiente alpha de Cronbach de 0.86.

Escala de calidad de vida de Dunbar.

Es una escala multidimensional autoaplicable que consta de dos subescalas: a) Calidad de vida actual (estado actual) y b) Calidad de vida ideal (estado ideal). Cada una de ellas con 23 reactivos, los cuales se pueden agrupar en 8 dimensiones: bienestar psicológico, bienestar físico, ánimo, locus de control, relaciones sociales, empleo, y actividades e

intereses. Cada reactivo consta de una escala tipo ordinal, representada por 10 puntos y en un extremo lo positivo y en el otro negativo.

La validez y la confiabilidad se evaluó en un estudio con 129 pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y depresión mayor.

La confiabilidad fue determinada mediante la prueba-reprueba (coeficiente de correlación de Spearman). Se realizó al aplicar la escala de calidad de vida al día 1 y día 2. Los coeficientes de correlación fueron de 0.83-0.66.

La consistencia interna fue evaluada con el coeficiente alpha de Cronbach. El resultado fue: 0.90-0.94 (37).

El Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicot.

Es una escala autoaplicable para explorar el grado de satisfacción que experimentan los pacientes en varias dimensiones de su funcionamiento diario. Estas dimensiones son: salud física, sentimientos subjetivos, trabajo, actividades del hogar, trabajo en la escuela, actividades en tiempo libre, relaciones sociales y actividades generales. Consta de 93 reactivos los cuales se califican en una escala de 1 a 5

La confiabilidad fue evaluada mediante la prueba-reprueba, el instrumento se aplicó el día 1 y día 2. Los resultados fueron un coeficiente de correlación intraclase de 0.66-0.89 en las diferentes dimensiones.

La consistencia interna fue evaluada mediante el coeficiente alpha de Cronbach. Los resultados fueron 0.91-0.96 en las diferentes dimensiones (13).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 6. Confiabilidad de los instrumentos.

Índice clinimétrico	Prueba-reprueba	Consistencia interna (a)
Escala de depresión de Hamilton (20)	0.82	0.73
Inventario de depresión de Beck (19)	0.70	0.86
Escala de calidad de vida de Dunbar (37)	0.86-0.66 (c)	0.90-0.94
Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicot. (13)	0.66-0.89 (b)	0.91-0.96

- (a) Coeficiente alpha de Cronbach
- (b) Coeficiente de correlación intraclass
- (c) Coeficiente de correlación de Spearman

4.- Procedimiento.

Se captaron pacientes con síndrome depresivo que acudieron al servicio de preconsulta del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", que cumplieran con los criterios de inclusión antes mencionados. El investigador corroboró el diagnóstico de acuerdo al DSM IV (episodio depresivo mayor, distimia, reacción de ajuste con ánimo deprimido o fase depresiva del trastorno bipolar) (3). Después de que el médico tratante prescribió el tratamiento farmacológico se aplicó la *Escala de depresión de Hamilton* y un concentrado de datos clínico demográficos. Se dieron a contestar las escalas autoaplicables: *Inventario de depresión de Beck*, *Escala de calidad de vida de Dunbar*, *Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott*, *Escala global de depresión* y *Escala global de*

TESIS CON
VALOR DE ORIGEN

calidad de vida. A las 8 semanas se aplicó la Escala de depresión de Hamilton, Inventario de depresión de Beck, Escala de calidad de vida de Dunbar, Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott, Escala global de depresión y Escala global de calidad de vida.

Los sujetos no deprimidos fueron voluntarios captados en la consulta externa, que eran familiares o acompañantes de los pacientes que acudieron a dicho instituto, se les aplicaron los mismos instrumentos al ingresar al estudio y a las 8 semanas.

Al completar la evaluación de pacientes se realizó la captura de los datos en una base y se hizo el análisis estadístico con SAS 6.12.

5.- Análisis estadístico.

Se determinó la correlación (coeficiente de correlación de Spearman) entre los diferentes instrumentos de calidad de vida con las diferentes medidas de severidad de la depresión.

También se hizo la correlación (coeficiente de correlación de Spearman) entre la modificación de los diferentes marcadores de calidad de vida con las modificaciones en las medidas de severidad de la depresión después del tratamiento farmacológico.

Se utilizó también ji cuadrada y prueba t.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VI.- RESULTADOS.

En este estudio se incluyeron 142 pacientes deprimidos y 20 sujetos no deprimidos. De los 142 pacientes deprimidos: 113 pacientes concluyeron el estudio y 29 pacientes solo fueron evaluados al inicio (cuadro 7). Se excluyeron 11 pacientes ya que presentaban un trastorno afectivo tipo depresivo secundario a causa médica que fueron identificados después de realizar los correspondientes estudios de laboratorio.

Cuadro 7. Pacientes y sujetos no deprimidos.

	n
Pacientes que completaron el estudio	113
Pacientes que cuentan solo con la evaluación basal (no regresaron)	29
Total de pacientes deprimidos	142
Sujetos no deprimidos	20

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la edad de los pacientes deprimidos y los sujetos no deprimidos. En cuanto a la escolaridad no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (cuadro 8).

Cuadro 8. Diferencias en edad y escolaridad entre los pacientes deprimidos y los sujetos no deprimidos.

	n	Promedio \pm de	gl	t	p
Edad	20	29.35 \pm 10.3	132	-2.8	0.005
	113	37.22 \pm 11.5			
Escolaridad	20	12.75 \pm 4.9	132	1.8	0.06
	113	4.26 \pm 4.2			

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la distribución por sexo en entre los pacientes deprimidos que completaron el estudio y los sujetos no deprimidos (cuadro 9).

Cuadro 9. Distribución por sexo de los pacientes deprimidos que completaron el estudio y sujetos no deprimidos.

Sexo	Pacientes deprimidos (n=113)	Sujetos no deprimidos (n=20)	N ₂	gl	p
Femenino	91 (80.5%)	14 (70%)	1.13	1	0.287
Maculino	22 (19.4%)	6 (30%)			

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes deprimidos y sujetos no deprimidos en lo que respecta a su ocupación como se muestra en el cuadro 10.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 10. Distribución por ocupación de los pacientes deprimidos y los sujetos no deprimidos.

Ocupación	Pacientes deprimidos (n=113)	Sujetos no deprimidos (n=20)
Hogar	56 (49.5%)	2 (10%)
Empleado	29 (25.6%)	13 (65%)
Estudiante	12 (10.6%)	3 (15%)
Comerciante	5 (4.4%)	1 (5%)
Jubilado	1 (0.88%)	0
Ninguna	10 (8.8%)	1 (5%)

$\chi^2=20.5$; $gl= 5$; $p=0.001$

La mayoría de los sujetos profesa la religión católica (93.8%). Con lo que respecta al estado civil el se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos estudiados como se ve en el siguiente cuadro.

Cuadro 11. Estado civil de los pacientes.

Estado civil	Pacientes deprimidos (n=113)	Sujetos no deprimidos (n=20)
Casado	68 (60.1%)	6 (30%)
Soltero	27 (23.8%)	14 (70%)
Divorciado	15 (13.2%)	0
Viudo	3 (2.6%)	0

$\chi^2= 18.2$; $gl=3$, $p=0.001$

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el cuadro 12 se muestra la distribución de los pacientes deprimidos con respecto a su primer diagnóstico. El más frecuente fue el episodio depresivo mayor único con 55.7% y el episodio depresivo mayor recurrente en un 37.1%. El 45.1% de los pacientes tenía un solo diagnóstico psiquiátrico, el 29.2% tenía además el diagnóstico de distimia.

Cuadro 12. Distribución por diagnóstico psiquiátrico de los 113 pacientes deprimidos.

Primer diagnóstico	n	%
Episodio depresivo mayor único	63	55.7
Episodio depresivo mayor recurrente	42	37.1
Distimia	5	4.4
Reacción de ajuste	2	1.7
Trastorno bipolar II fase depresiva	1	0.8
Total	113	100
Comorbilidad con otros diagnósticos		
Ninguno	51	45.1
Distimia	33	29.2
Trastorno de angustia	12	10.6
Trastorno de ansiedad generalizada	6	5.3
Abuso de alcohol	3	2.6
Trastorno por estrés postraumático	2	1.7
Dependencia al alcohol	2	1.7
Abuso de cocaína	2	1.7
Dependencia cocaína	1	0.8
Abuso de cannabis	1	0.8

De los pacientes deprimidos el 91.1% no tenía ningún diagnóstico de trastorno de personalidad; el diagnóstico más frecuente fue el trastorno de personalidad límite (7%) como se muestra en el cuadro 13.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 13. Trastornos de la personalidad en los pacientes deprimidos estudiados (n=113).

Diagnóstico de trastorno de personalidad	n	%
Ninguno	103	91.1
Limite	8	7.0
Narcisista	2	1.7
Histrionico	1	0.8

*Dos de los pacientes tenían el diagnóstico de un trastorno de personalidad al mismo tiempo.

El 86.7% del total de pacientes estudiados no tenían comorbilidad con enfermedades médicas. Las enfermedades médicas observadas se muestran el cuadro 14.

Cuadro 14. Distribución de los pacientes deprimidos (n=113) por diagnóstico médico.

Diagnóstico médico	n	%
Ninguno	98	86.7
Diabetes mellitus tipo II	2	1.7
Gastritis	2	1.7
Hipertensión arterial sistémica	1	0.8
Hipotiroidismo	1	0.8
Migraña	1	0.8
Anemia	1	0.8
Hernia hiatal	1	0.8
Hipoacusia	1	0.8
Infección de vías urinarias	1	0.8
Leucemia	1	0.8
Lumbalgia	1	0.8
Enfermedad de Usher	1	0.8

El total excede al 100% ya que varios pacientes tienen mas de un diagnóstico.

El 65.4% de los pacientes deprimidos no cuentan con antecedentes de episodios afectivos previos y solo el 11.9% de dichos pacientes tiene el antecedente de haber recibido tratamiento.

Con respecto al tratamiento antidepresivo que recibieron los pacientes deprimidos, el 40.7% recibió imipramina y 30% fluoxetina el resto se muestra en el cuadro 15.

Cuadro 15. Tipo de tratamiento antidepresivo de los pacientes deprimidos (n=113) durante el estudio.

Tipo antidepresivo	n	%
Imipramina	46	40.7
Fluoxetina	34	30.0
Paroxetina	17	15.0
Doxepina	4	3.5
Sertralina	3	2.6
Citalopram	3	2.6
Clomipramina	1	0.8
Mianserina	1	0.8
Fenelzina	1	0.8
Hiperikan	1	0.8
Fluvoxamina	1	0.8
Desipramina	1	0.8
Total	113	100

Además 62.6% de los pacientes deprimidos recibieron alguna benzodiacepina, el 7% un antipsicótico y 0.7% un estabilizador del ánimo.

Durante este estudio el 9.8% de los sujetos recibieron otros fármacos no psiquiátricos.

No se encontraron diferencias significativas entre los 113 pacientes que concluyeron el estudio y los 29 sujetos que solo contaban con la evaluación basal en todos los índices clinimétricos utilizados como se ve en el cuadro 16.

Cuadro 16. Comparación en la evaluación basal entre los pacientes deprimidos que concluyeron el estudio y los que no lo concluyeron en las escalas para medir severidad de la depresión y calidad de vida.

	Pacientes que concluyeron el estudio. (n=113) Promedio \pm de	Pacientes que no concluyeron el estudio. (n=29) Promedio \pm de	t	p
Escala de depresión de Hamilton	24.1 \pm 6.7	21.5 \pm 7.0	1.8	0.06
Inventario de depresión de Beck	28.9 \pm 10.7	25.5 \pm 8.6	1.5	0.11
Escala de calidad de vida de Dunbar actual/23	4.4 \pm 1.8	4.7 \pm 1.4	-1.0	0.30
Escala de calidad de vida de Dunbar ideal/23	9.4 \pm 0.7	9.4 \pm 1.8	-0.16	0.86
Escala global de depresión	55.0 \pm 30.3	55.6 \pm 25.8	-0.09	0.92
Escala global de calidad de vida	30.3 \pm 29.5	32.3 \pm 25.1	-0.33	0.73

g1=141

Entre los sujetos deprimidos que concluyeron el estudio contra los sujetos no deprimidos en las escalas para medir severidad de la depresión y calidad de vida en la evaluación basal si hubo diferencias estadísticamente significativas como era de esperarse y se muestra en el cuadro 17.

Cuadro 17. Comparación entre los sujetos no deprimidos (n=20) y los pacientes deprimidos (n=113) en las escalas para medir severidad de la depresión y calidad de vida en la evaluación basal.

	Sujetos deprimidos (n=20) Promedio+de	no deprimidos (n=113) Promedio+de	t	p
Escala de depresión de Hamilton	1.5+1.5	24.1+6.7	-14.3	0.00
Inventario de depresión de Beck	3.8+3.3	28.9+10.7	-10.4	0.00
Escala de calidad de vida de Dunbar actual/23	8.8+0.9	4.4+1.8	10.9	0.00
Escala de calidad de vida de Dunbar ideal/23	9.7+0.2	9.4+1.0	1.4	0.15
Escala global de depresión	7.7+7.9	55.0+30.3	-6.6	0.00
Escala global de calidad de vida	78.4+20.6	30.3+29.5	7.1	0.00

gl=142

En el cuadro 18 se muestran las diferencias de los promedios y desviaciones estándar obtenidas en las escalas para medir severidad de la depresión y calidad de vida en los 113 pacientes deprimidos que concluyeron el estudio. Se observa como los promedios obtenidos en las escalas de severidad de la depresión son mayores en la medición basal que en la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

evaluación a las 8 semanas. Ocurriendo lo contrario en las escalas para medir calidad de vida ya que los promedios en la basal son menores que en la última evaluación. Se encontraron diferencias significativas entre la evaluación basal y a las 8 semanas en todos los instrumentos clinimétricos aplicados a los 113 pacientes deprimidos que concluyeron el estudio.

Cuadro 18- Diferencias entre las evaluaciones basales y finales de las mediciones de severidad de la depresión y calidad de vida de los 113 pacientes deprimidos que concluyeron el estudio

Índice	Basal (n=113)		8 semana (n=113)		Diferencias (n=113) de		t	p
	Promedio	de	Promedio	de	Promedio	de		
Escala de depresión de Hamilton	24.1	6.7	8.6	7.0	-15.5	8.7	-18.8	0.0001
Inventario de depresión de Beck	28.9	10.7	13.6	10.7	-15.2	11.0	-14.0	0.0001
Escala global de depresión	55.0	30.3	23.1	25.7	-32.6	32.6	-10.4	0.0001
Escala de calidad de vida de Dunbar actual/23	4.4	1.8	6.7	2.0	2.3	2.2	11.1	0.0001
Escala de calidad de vida de Dunbar ideal/23	9.4	0.7	9.5	0.8	0.06	0.8	0.83	0.4036
Escala global de calidad de vida	30.3	29.5	52.9	30.8	22.7	31.7	7.5	0.0001
Funcionamiento global DSM IV	48.7	11.7	65.5	34.2	15.7	37.0	22.4	0.0001
Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott	2.4	1.0	3.6	1.0	1.0	1.4	7.8	0.0001
Subjetivo	2.7	0.7	3.4	0.8	0.7	0.8	9.4	0.0001
General	2.6	0.6	3.3	0.8	0.7	0.8	9.2	0.001

t = Prueba t pareada

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

No se encontraron diferencias significativas al comparar los promedios obtenidos en la evaluación basal y a las 8 semanas en los 20 sujetos no deprimidos (cuadro 19).

Cuadro 19.- Diferencias entre las evaluaciones basales y finales de las mediciones de severidad de la depresión y calidad de vida de los 20 sujetos no deprimidos.

Índice	Basal		8semana		Diferencia		t	p
	Promedio	de	Promedio	de	Promedio	de		
Escala de depresión de Hamilton	1.55	1.5	2.1	2.0	0.6	1.6	1.6	0.1172
Inventario de depresión de Beck	3.8	3.2	3.9	3.0	0.1	2.3	0.2	0.7780
Escala global de depresión	7.7	7.9	10.8	15.8	-4.1	14.0	1.2	0.2384
Escala de calidad de vida de Dunbar actual/23	8.8	0.9	8.7	1.2	-0.12	0.9	-0.5	0.5729
Escala de calidad de vida de Dunbar ideal/23	9.7	0.2	9.8	0.2	0.04	0.1	1.1	0.2731
Escala global de calidad de vida	78.4	20.6	83.8	12.7	5.4	22.2	1.0	0.2865
Funcionamiento global DSM IV	95		95	1.8	0.7	1.8	1.8	0.0828
Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott	4.3	0.8	4.3	0.8	0.05	0.8	0.2	0.8037
Subjetivo	4.2	0.5	4.2	0.6	0.02	0.4	0.1	0.8462
General	4.2	0.5	4.2	0.6	0.05	0.4	0.5	0.5881

t = Prueba t pareada

TEXAS COM
UNIVERSITY OF TEXAS
AT AUSTIN

Las correlaciones entre las medidas de severidad de la depresión y medición de calidad de vida en la evaluación basal de los 113 pacientes deprimidos que concluyeron el estudio se muestran en el cuadro 20. Las correlación entre la *Escala global de calidad de vida* y la *Escala de calidad de vida de Dunbar* ($r=0.57$) y entre la *Escala global de calidad de vida* y el *Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott* ($r=0.39$) son mayores que la correlación entre la *Escala global de calidad de vida* y la *Escala global de depresión* ($r=-0.31$). Las correlaciones entre la *Escala global de depresión* y el *Inventario de depresión de Beck* ($r=0.43$) es mayor que la correlación entre la *Escala global de calidad de vida* y la *Escala global de depresión* ($r=-0.31$) pero la correlación entre la *Escala global de depresión* y la *Escala de depresión de Hamilton* ($r=0.29$) no es mayor que la correlación entre la *Escala global de calidad de vida* y la *Escala global de depresión* ($r=-0.31$).

Cuadro 20. Correlación* entre las medidas de severidad de la depresión y medición de calidad de vida en la evaluación basal (n=113).

	Escala global de depresión	Escala de depresión de Hamilton	Inventario de depresión de Beck	Escala global de calidad de vida
Escala de depresión de Hamilton	0.298			-0.322
Inventario de depresión de Beck	0.439			-0.570
Escala global de calidad de vida	-0.310	-0.322	-0.570	
Escala de calidad de vida de Dunbar actual/23	-0.502	-0.414	-0.758	0.572
Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott	-0.224	-0.238	-0.413	0.394
Subjetivo	-0.267	-0.348	-0.631	0.444
General	-0.323	-0.331	-0.580	0.316

* Coeficiente de correlación de Spearman

En la evaluación final (cuadro 21) se observan las correlaciones entre la *Escala global de calidad de vida* y la *Escala de calidad de vida de Dunbar* ($r=0.56$) es mayor que la correlación entre la *Escala global de calidad de vida* y la *Escala global de depresión* ($r=-0.38$). Sin embargo la correlación entre la *Escala global de calidad de vida* y el *Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott* solo alcanzo ($r=0.33$). Las correlaciones entre la *Escala global de depresión* y la *Escala de depresión de Hamilton* ($r=0.47$) y entre la *Escala global de depresión* y el *Inventario de depresión de Beck* ($r=0.57$) son mayores que la correlación entre la *Escala global de calidad de vida* y la *Escala global de depresión* ($r=-0.38$).

Cuadro 21. Correlación* entre las medidas de severidad de la depresión y medición de calidad de vida en la evaluación final (n=113).

	Escala global de depresión	Escala de depresión de Hamilton	Inventario de depresión de Beck	Escala global de calidad de vida
Escala de depresión de Hamilton	0.471			-0.449
Inventario de depresión de Beck	0.578			-0.501
Escala global de calidad de vida	-0.387	-0.449	-0.501	
Escala de calidad de vida de Dunbar actual/23	-0.634	-0.672	-0.798	0.561
Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott	0.431	-0.479	-0.577	0.335
Subjetivo	-0.534	-0.589	-0.758	0.465
General	-0.547	-0.582	-0.673	0.440

* Coeficiente de correlación de Spearman

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el cuadro 22, la correlación entre la *Escala global de calidad de vida y Escala de calidad de vida de Dunbar* ($r=0.36$) y la correlación entre la *Escala global de calidad de vida y el Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott* ($r=0.20$) son mayores a la correlación entre la *Escala global de calidad de vida y la Escala global de depresión* ($r=-0.173$). Las correlaciones entre la *Escala global de depresión y la Escala de depresión de Hamilton* ($r=0.37$) y entre la *Escala global de depresión y el Inventario de depresión de Beck* ($r=0.47$) son mayores que la correlación entre la *Escala global de calidad de vida y la Escala global de depresión* ($r=-0.17$).

Cuadro 22. Correlación* entre las diferencias entre la evaluación basal y final de las mediciones de severidad de la depresión y calidad de vida (n=113).

	Escala global de depresión	Escala de depresión de Hamilton	Inventario de depresión de Beck	Escala global de calidad de vida
Escala de depresión de Hamilton	0.379			-0.157
Inventario de depresión de Beck	0.477			-0.429
Escala global de calidad de vida	-0.173	-0.157	-0.429	
Escala de calidad de vida de Dunbar actual/23	-0.562	-0.368	-0.671	0.369
Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott	-0.215	-0.168	-0.434	0.20
Subjetivo	-0.377	-0.243	-0.499	0.253
General	-0.406	-0.268	-0.430	0.128

* Coeficiente de correlación de Spearman

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las correlaciones entre los sujetos no deprimidos en la evaluación basal se muestra en el cuadro 23 las correlaciones entre la *Escala global de calidad de vida* y la *Escala de calidad de vida de Dunbar* ($r=0.13$) y entre la *Escala global de calidad de vida* y el *Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott* ($r=0.12$) son mayores que la correlación entre la *Escala global de calidad de vida* y la *Escala global de depresión* ($r=0.06$). Las correlaciones entre la *Escala global de depresión* y la *Escala de depresión de Hamilton* ($r=0.39$) y entre la *Escala global de depresión* y el *Inventario de depresión de Beck* ($r=0.35$) son mayores que la correlación entre la *Escala global de calidad de vida* y la *Escala global de depresión* ($r=0.067$).

Cuadro 23. Correlación* entre las medidas de severidad de la depresión y medición de calidad de vida en la evaluación basal de los 20 sujetos sanos.

	Escala global de depresión	Escala de depresión de Hamilton	Inventario de depresión de Beck	Escala global de calidad de vida
Escala de depresión de Hamilton	0.397			0.000
Inventario de depresión de Beck	0.355			-0.147
Escala global de calidad de vida	0.067	0.000	-0.147	
Escala de calidad de vida de Dunbar actual/23	-0.551	-0.546	-0.533	0.138
Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott	-0.070	-0.398	-0.218	0.127
Subjetivo	-0.475	-0.585	-0.429	0.094
General	-0.221	-0.446	-0.275	0.185

*Coeficiente de correlación de Spearman

RES CON
ORIGEN

En el cuadro 24 las correlaciones entre la *Escala global de calidad de vida* y la *Escala de calidad de vida de Dunbar* ($r=0.31$) y entre la *Escala global de calidad de vida* y el *Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott* ($r=0.32$) son mayores que la correlación entre la *Escala global de calidad de vida* y la *Escala global de depresión* ($r=-0.18$). Las correlaciones entre la *Escala global de depresión* y la *Escala de depresión de Hamilton* ($r=0.44$) y entre la *Escala global de depresión* y el *Inventario de depresión de Beck* ($r=0.57$) son mayores que la correlación entre la *Escala global de calidad de vida* y la *Escala global de depresión* ($r=-0.18$).

Cuadro 24. Correlación* entre las medidas de severidad de la depresión y medición de calidad de vida en la evaluación final de los 20 sujetos sanos.

	Escala global de depresión	Escala de depresión de Hamilton	Inventario de depresión de Beck	Escala global de calidad de vida
Escala de depresión de Hamilton	0.442			-0.288
Inventario de depresión de Beck	0.577			-0.316
Escala global de calidad de vida	-0.183	-0.288	-0.316	
Escala de calidad de vida de Dunbar actual/23	-0.594	-0.518	-0.710	0.313
Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott	-0.569	-0.202	-0.487	0.328
Subjetivo	-0.572	-0.646	-0.682	0.520
General	-0.550	-0.525	-0.650	0.369

* Coeficiente de correlación de Spearman

TESIS CON
 ESCALA DE ORIGEN

Las correlaciones de las diferencias entre la evaluación basal y final de los 20 sujetos no deprimidos se observan en el cuadro 25. Las correlaciones entre la *Escala global de calidad de vida* y la *Escala de calidad de vida de Dunbar* ($r=0.11$) y entre la *Escala global de calidad de vida* y el *Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott* ($r=0.05$) son menores a la correlación entre la *Escala global de calidad de vida* y la *Escala global de depresión* ($r=-0.18$). Las correlaciones entre la *Escala global de depresión* y la *Escala de depresión de Hamilton* ($r=0.11$) y entre la *escala global de depresión* y el *Inventario de depresión de Beck* ($r=-0.03$) son menores que la correlación entre la *Escala global de calidad de vida* y la *Escala global de depresión* ($r=-0.18$).

Cuadro 25. Correlación* entre las diferencias entre la evaluación basal y final de las mediciones de severidad de la depresión y calidad de vida en los sujetos no deprimidos (n=20).

	Escala global de depresión	Escala de depresión de Hamilton	Inventario de depresión de Beck	Escala global de calidad de vida
Escala de depresión de Hamilton	0.113			-0.275
Inventario de depresión de Beck	-0.038			0.117
Escala global de calidad de vida	-0.184	-0.275	0.117	
Escala de calidad de vida de Dunbar actual/23	-0.362	-0.470	-0.240	0.117
Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott	-0.305	-0.008	-0.120	0.059
Subjetivo	-0.495	-0.266	-0.475	0.166
General	-0.621	-0.114	-0.081	-0.129

* Coeficiente de correlación de Spearman

TESIS CON
SALA DE ORIGEN

VII.- DISCUSION.

Calidad de vida es un constructo que por su complejidad ha sido muy difícil de conceptualizar y evaluar. Cuando se trata de la medición de la calidad de vida en depresión la situación se vuelve mas compleja y surge la pregunta ¿Qué tan válida es la apreciación de su calidad de vida de un paciente deprimido?. Este trabajo es un estudio de validez discriminativa entre la medición de la calidad de vida y la medición de severidad de la depresión de lo cual no hay antecedente en la literatura.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio son muy similares a los obtenidos en estudios previos. Stoker y cols. encontraron que la correlación entre la *Escala de depresión de Hamilton* con la *Escala de calidad de vida de Dunbar* en la semana 6 fue -0.57 y en la 12 semana de tratamiento fue -0.58 (37). En este estudio encontramos que dicha correlación en pacientes deprimidos fue de -0.41 en la basal y -0.67 en la semana 8 de tratamiento. Endicott y cols. reportaron que en la evaluación basal las correlaciones entre las dimensiones del *Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott* y la *Escala de depresión de Hamilton* fueron -0.33 a -0.69 y las correlaciones con el *Inventario de depresión de Beck* fueron -0.30 a -0.73 (13). En este estudio en la evaluación basal de los sujetos deprimidos se encontró una correlación entre el *Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott* con la *Escala de depresión de Hamilton* de -0.23 y con el *Inventario de depresión de Beck* de -0.41 .

En la literatura internacional no encontramos evidencia de la utilización de escalas globales para evaluar calidad de vida en depresión simultáneamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gill y Feinstein (18) han propuesto que la calidad de vida se evalúe de manera directa por medio de escalas globales.

Asumiendo que las escalas globales permiten evaluar de manera directa un fenómeno, esperamos que la *Escalas global de depresión* correlacione con las escalas multidimensionales de depresión y la *Escala global de calidad de vida* correlacione con las escalas multidimensionales de calidad de vida.

Los resultados indican que las correlaciones son diferentes en los sujetos deprimidos y en los sujetos del grupo comparativo (sin depresión) y que además en los pacientes deprimidos las correlaciones tienden a ser diferentes antes y después del tratamiento.

Entre los hallazgos importantes de este estudio se observó, que en la evaluación basal de los pacientes deprimidos (cuadro 20) las correlaciones entre la *Escala global de depresión* con la *Escala de depresión de Hamilton* y el *Inventario de depresión de Beck* son menores que las correlaciones entre la *Escala global de calidad de vida* con la *Escala de depresión de Hamilton* y el *Inventario de depresión de Beck*. En cambio en la evaluación final de los pacientes deprimidos (cuadro 21) las correlaciones entre la *Escala global de depresión* con la *Escala de depresión de Hamilton* y el *Inventario de depresión de Beck* son mayores que las correlaciones entre la *Escala global de calidad de vida* con la *Escala de depresión de Hamilton* y el *Inventario de depresión de Beck* (cuadro 21). Si consideramos que la depresión y la calidad de vida son constructos diferentes, cuando un sujeto está deprimido al parecer no discrimina entre ambos constructos. Y esto quizá explicaría porqué en la evaluación basal cuando los sujetos están deprimidos las correlaciones entre la *Escala global de calidad de vida* y las escalas multidimensionales de depresión son elevadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuando revisamos estas mismas correlaciones tanto en la evaluación basal (cuadro 23) como en la evaluación final (cuadro 24) en los sujetos no deprimidos, encontramos que las correlaciones entre la *Escala global de depresión* con la *Escala de depresión de Hamilton* y el *Inventario de depresión de Beck* son mayores que las correlaciones entre la *Escala global de calidad de vida* y la *Escala de depresión de Hamilton* y el *Inventario de depresión de Beck*. En los sujetos no deprimidos encontramos una discriminación clara de los constructos, lo que apoya nuestra hipótesis de que los pacientes deprimidos no discriminan su calidad de vida de la severidad de la depresión

Las correlaciones entre la *Escala global de calidad de vida* y la *Escala global de depresión* en los pacientes deprimidos en la evaluación basal (cuadro 21) y final (cuadro 22) son mayores que las correlaciones de estas mismas escalas en los sujetos no deprimidos en las evaluaciones basal (cuadro 23) y final (cuadro 24). Lo esperado sería que no hubiera ninguna relación entre calidad de vida y depresión como se observa en los sujetos sanos ya que las correlaciones entre las escalas mencionadas no son mayores a -0.2 pero en los pacientes deprimidos dichas correlaciones llegan hasta -0.38. Este hallazgo también apoya nuestra idea de que los pacientes deprimidos no discriminan suficientemente bien entre depresión y calidad de vida.

Al revisar las correlaciones en la evaluación basal de los pacientes deprimidos entre la *Escala global de depresión* con la *Escala de calidad de vida Dunbar* y el *Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott* encontramos que son menores que las correlaciones entre la *Escala global de calidad de vida* con la *Escala de Calidad de vida de Dunbar* y el *Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott* (cuadro 20). En la evaluación final de estos mismo pacientes encontramos que las correlaciones entre la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Escala global de depresión con la Escala de calidad de vida de Dunbar y el Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott son mayores que la correlación entre la *Escala global de calidad de vida con la Escala de calidad de vida de Dunbar y el Cuestionario de Calidad de vida y satisfacción de Endicott* (cuadro 21). Lo esperado sería que los instrumentos multidimensionales para medir calidad de vida tuvieran correlaciones mayores con la *Escala global de calidad de vida* que con la *Escala global de depresión*. Esto probablemente se deba a que los instrumentos multidimensionales para medir calidad de vida (*Escala de calidad de vida Dunbar y el Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott*) evalúan múltiples síntomas depresivos. Por lo tanto estos instrumentos miden más depresión que calidad de vida.

En términos generales todas nuestras hipótesis se cumplieron: 1) La correlación entre las evaluaciones de calidad de vida global y multidimensional es mayor que la correlación entre las evaluaciones globales de calidad de vida y depresión. 2) La correlación entre las evaluaciones de depresión global y multidimensional es mayor que la correlación entre las evaluaciones globales de calidad de vida y depresión. 3) La correlación entre los cambios después de tratamiento antidepressivo en las evaluaciones de calidad de vida global y multidimensional es mayor que la correlación entre los cambios en las evaluaciones globales de calidad de vida y depresión. 4) La correlación entre los cambios después de tratamiento antidepressivo en las evaluaciones de depresión global y multidimensional es mayor que la correlación entre los cambios en las evaluaciones globales de calidad de vida y depresión.

El método multirango-multimétodo se ha empleado para determinar la validez de algunas mediciones (6). En este estudio tenemos dos constructos depresión y calidad de vida, y tenemos dos formas de medición (métodos): por medio de escalas globales y por medio de instrumentos multidimensionales. Además tenemos dos grupos uno de pacientes deprimidos y otro de sujetos sin depresión. Además las evaluaciones se hicieron en dos momentos: antes y después del tratamiento.

Los resultados indican que cuando el paciente está deprimido no hay una discriminación clara entre los dos constructos. En los sujetos no deprimidos las correlaciones son bajas y no cambian.

Nosotros concluimos que los instrumentos multidimensionales para medir calidad de vida en depresión no son los más recomendables para este efecto, que es más recomendable la utilización de escalas globales. Aun así la evaluación de la calidad de vida en depresión debe considerarse con precaución dada la dificultad de discriminar entre ambos constructos con los instrumentos disponibles (escalas globales y escalas multidimensionales). Aunque nuestros hallazgos apoyan que las escalas globales son mejores que las escalas multidimensionales para evaluar calidad de vida, lo ideal sería contar con un instrumento que discriminara perfectamente entre ambos constructos.

¿Cuál es la mejor forma de evaluar calidad de vida? Si consideramos que la calidad de vida es una evaluación subjetiva que puede incluir elementos no incluidos en los instrumentos multidimensionales, es deseable siguiendo a Gill y Feinstein (18) y Lara y Feinstein (23) emplear escalas globales que si bien no cuentan con demarcación de categorías ni demarcación de variables permiten que el sujeto manifieste su propia apreciación de su calidad de vida. Si además de estas evaluaciones se incluyen evaluaciones

multidimensionales, es deseable analizar los instrumentos actuales que se emplean para la evaluación de calidad de vida ya que estos incluyen síntomas de depresión, presentes en los instrumentos de depresión. Además de los reactivos de depresión los instrumentos de calidad de vida incluyen reactivos de funcionamiento.

Consideramos que se ha abusado del término de calidad de vida y que cuando se evalúa con instrumentos multidimensionales se están evaluando otras variables. Sugerimos que las variables a estudiar se diferencien más adecuadamente por ejemplo como el funcionamiento y no pretender que cuando mejoramos el estado de ánimo necesariamente estamos mejorando su calidad de vida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VIII.- REFERENCIAS.

- 1.- Aarosan NK. Methodological issues in assessing the quality of life of cancer patients. *Cancer*. 1991; 67: 844-50.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition. Revised. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.
- 3.- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Four Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- 4.- Bech P. Quality of life measurements in major depression. *Eur Psychiatry*. 1996; 11: 123-126.
- 5.- Bech P. Quality of life in psychosomatic research. *Psychopathology*. 1987; 20: 169-179.
- 6.- Campbell D and Fiske D. Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*. 1959; 56: 81-105.
- 7.-Caraveo JJ. Epidemiología de los trastornos depresivos. *Psiquiatria*. 1997; 13: 2-5.
- 8- Código Internacional de ética médica. *Bol Oficina Sanitaria Panamericana*. 1990; 108: 619-50.
- 9.- Dam J, Ryde J, Svejso N, Lauge B and Bech P. Morning fluoxetine plus evening mianserin versus morning fluoxetine plus evening placebo in the acute treatment of major depression. *Pharmacopsychiat*. 1998; 31: 48-54.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 10.- De Haes JCJM and van Knippenberg FCE. Quality of life instruments for cancer patients " Babel's tower revisited". *J Clin Epidemiol.* 1989; 42: 123-41.
- 11.- De Leval N. Scales of depression, ill-being and the quality of life- is there any difference? An assay in taxonomy. *Quality of Life Research.* 1995; 4: 259-269.
- 12.- Dunbar GC, Stoker MJ, Hodges TCP and Beaumont G The development of SBQOL a unique scale for measuring quality of life. *Brit J Med Economics.* 1990; 54: 221-228.
- 13.- Endicott J, Nee J, Harrison W and Blumenthal R. Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: A new measure. *Psychopharmacology bulletin.* 1993; 29: 321-326.
- 14.- Feinstein AR. Clinical epidemiology: the architecture of clinical research. W.B. Saunders Company. 1995: 53-67.
- 15.- Ferrel BR, Hassey D, Dow K and Grant M. Measurement of the quality of life in cancer survivors. *Quality of Life Research.* 1995; 4: 523-531.
- 16.- García P and Gross R. Pequeño Larouse ilustrado. México. Ediciones Larouse. 1993.
- 17.- Gilbar O. The quality of life of cancer patients who refuse chemotherapy. *Soc Sci Med.* 1991; 32: 1337-40.
- 18.-Gill MT and Feinstein RA. A critical appraisal of the quality of life measurements. *JAMA.* 1994; 272: 619-626.
- 19.- Grundy CT, Lunnen KM, Lambert MJ, Ashton JE andTovey DR. The Hamilton rating scale for depression: one scale or many?. *Clinical psychology:science and practice.* 1994; 1: 197-205.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 20.- Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960; 23: 56-62.
- 21.- Hays RD, Wells KB, Sherbourne CD, Rogers W and Spritzer K. Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Arch Gen Psychiatry*. 1995; 52: 11-19.
- 22.- Katz S. The science of quality of life. *J Chron Dis*. 1987; 40 6: 459-463.
- 23.- Lara_Muñoz C and Feinstein AR. How should quality of life be measured? *J Inv Med* 1999; 47: 17-23.
- 24.- Lara-Muñoz MC, Ponce de León S y de la Fuente JR. Conceptualización y medición de la calidad de vida de pacientes con cancer. *Rev Invest Clin*. 1995; 47: 315-27.
- 25.- Leidy NK, Palmer C, Murray M, Robb J and Revicki DA. Health-related quality of life assessment in euthymic and depressed patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 1998; 48: 207-214.
- 26.- Lepage A and Hunt S. The problem of quality of life in medicine. *JAMA*. 1997; 278: 47-50.
- 27.- Lonnqvist J, Sihvo S, Syvalahti E, Sintonen H, Kiviruusu O and Pitkanen H. Moclobemide and fluoxetine in the prevention of relapses following acute treatment of depression. *Acta Psychiatri Scand*. 1995; 91: 189-194.
- 28.- Lonnqvist J, Sintonen H, Syvalahti E, Appelberg B, Koskinen T, Mannikko T, Mehtonen OP, Naarala M, Sihvo S, Auvinen J and Pitkanen H. Antidepressant efficacy and

quality of life in depression : a double-blind study with moclobemide and fluoxetine. *Acta Med Scand.* 1994; 89: 363-369.

29.- López-Salazar F.F. Calidad de vida en pacientes con trasplante renal y en hemodiálisis (estudio comparativo). Tesis para obtener el grado de especialista en psiquiatría. Facultad de Medicina UNAM 1995.

30.- Mazumdar S, Reynolds CF, Houck PR, Frank E, Dew MA and Kupfer DJ. Quality of life in elderly patients with recurrent major depression: a factor analysis of the general life functioning scale. *Psychiatry Research.* 1996; 63: 183-190.

31.-Mowbray RM. The Hamilton rating scale for depression: a factor analysis. *Psychological Medicine.* 1972; 2: 272-280.

32.- Newhouse PA, Krishnan RR, Doraiswamy M, Richter EM, Batzar ED and Clary CM. A double-blind comparison of sertraline and fluoxetine in depressed Elderly Outpatients. *J Clin Psychiatry.* 2000;61: 559-568.

33.- Partonen T and Lonnqvist J, Moclobemide and fluoxetine in treatment of seasonal affective disorder. *J Affect Disord.* 1996; 41:93-99.

34.-Sartorius N, Ban TA. Assessment of depression. WHO. Berlin Heidelberg New York Tokyo. 1986.

35.- Simon GE, VonKorff M, Heiligenstein JH, Revicki DA, Grothaus L, Katon W and Wagner EH. Initial antidepressant choice in primary care. Effectiveness and cost of fluoxetine vs tricyclic antidepressant. *JAMA.* 1996; 275:1897-1902.

36.- Slevin ML, Plant H, Lynch D, Drinkwater J and Gregory WM. Who should measure quality of life, the doctor or the patient?. *Brit J Cancer.* 1988; 41: 243-50.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 37.- Stoker MJ, Dunbar GC and Beaumont G. The SmithKline Beecham 'quality of life' scale: a validation and reliability study in patients with affective disorder. *Quality of Life Research*. 1992; 1:385-395.
- 38.- Sullivan G, Wells KB and Leake B. Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population. *Hosp Comm Psychiatry*. 1992; 43: 794-798.
- 39.- Testa MA and Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med*. 1983; 309: 1426-34.
- 40.- Thunedborg K, Black CH and Bech P. Beyond the Hamilton Depression scores in long treatment of manic-melancholic patients :prediction of recurrence of depression by quality of life measurements. *Psychother Psychosom*. 1995; 64: 131-140.
- 41.- Walker V, Streiner DL, Novosel S, Rocchi A, Levine MA and Dean DM. Health-related quality of life in patients with major depression who are treated with moclobemide. *J Clin Psychopharmacol*. 1995; 15: 61S- 67S.
- 42.- Ware JE. Standards for validating health measures: definition and content. *J. Chron Dis*. 1987; 40: 473-80.
- 43.- Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam A, Rogers W, Daniels M, Berry S, Greenfield S and Ware J. The functioning and well-being of depressed patients. *JAMA*. 1989; 262: 914-919.
- 44.- Wheatley Dp, van Moffaert M, Timmerman L and Kremer CME. Mirtazapine: Efficacy and tolerability in comparison with fluoxetine in patients with moderate to severe major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 1998; 59:306-312.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

45.- Wiklund I, Lindvall K, Swedberg K. Assessment of quality of life in clinical trial. *Acta Med Scand.* 1986; 220: 1-3.

46.-World Health Organization: Measurement of levels of health: Report of a study group. *WHO Technical Report Series No. 137*, 1957.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Anexo 1. Diagrama de procedimiento.

Estado inicial	Procedimiento		Evento subsecuente
	Semana 0	Semana 8	
Síndrome depresivo	-Escala de Depresión de Hamilton -Inventario de Depresión de Beck -Escala Global de Depresión -Escala de Calidad de Vida de Dunbar -Cuestionario de Calidad de Vida de Endicott -Escala Global de Calidad de Vida -Concentración de datos clínico-demográficos	Tratamiento antidepressivo 8 semanas	-Escala de Depresión de Hamilton -Inventario de Depresión de Beck -Escala Global de Calidad de Vida -Escala de Calidad de Vida de Dunbar -Cuestionario de Calidad de Vida de Endicott -Escala Global de Calidad de Vida Calidad de vida Depresión

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

FALLA DE CUBIERTA