

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL**

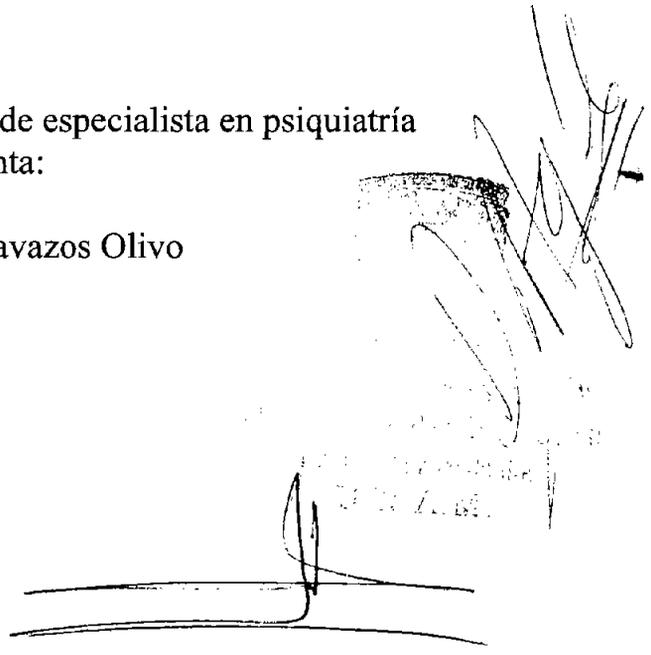
**Comparación de la discapacidad que sufren las pacientes con depresión y la  
discapacidad que sufren las mujeres que tienen una mastectomía, dedicadas a labores  
del hogar.**

Tesis que para obtener el título de especialista en psiquiatría  
Presenta:

María Josefa Cavazos Olivo



**Tutor Teórico  
Dra. María del Carmen Lara Muñoz.**



**Tutor Metodológico  
Dra. Danelia Mendieta Cabrera.**

CEPSIC  
DEPT  
PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
Dra. Danelia Mendieta Cabrera  
DR. ROBERTO GARCÍA...



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.



## ÍNDICE

<b>ANTECEDENTES</b>	<b>1</b>
Depresión y discapacidad	2
Cáncer de mama	7
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>9</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>9</b>
<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>10</b>
<b>OBJETIVOS PARTICULARES</b>	<b>10</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODO</b>	<b>10</b>
Tipo de estudio	10
Pacientes	10
Criterios de inclusión	11
Criterios de exclusión	11
Variables e instrumentos de medición	11
Listado de síntomas psiquiátricos (SCL-90)	12
Escala de Hamilton para depresión	13
Cuestionario para la evaluación de discapacidades de la Organización Mundial de la Salud (WHO/DAS II; versión 3.1 <sup>a</sup> )	14
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>16</b>
<b>ANÁLISIS ESTADÍSTICO</b>	<b>17</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>17</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>24</b>
<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>26</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>27</b>

## ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1948, el concepto de salud, no solo como la ausencia de enfermedad, sino también como la presencia de bienestar físico, mental y social. La relación entre salud y calidad de vida, se refiere al efecto que ejerce la enfermedad y su tratamiento sobre el bienestar físico, psicológico y social de la persona, tomando en cuenta de manera individual la auto percepción (Roila, 2001).

Los patrones de enfermedad son diferentes dependiendo del género; el periodo de vida de las mujeres tiende a ser mayor que el de los hombres y padecen una mayor carga a causa de enfermedad. Se ha reportado que las mujeres tienen una mayor prevalencia de problemas funcionales y enfermedades crónicas que provocan discapacidad, como son la osteoporosis, las alteraciones gastrointestinales y la depresión unipolar (Merrill, 1997). Existen diferencias de género en el reporte de discapacidad, debido a la distinta percepción de los síntomas entre hombres y mujeres. Mientras que las mujeres están más involucradas con su salud y generalmente prestan más atención al dolor, los hombres están socialmente predispuestos a ignorar o minimizar estos aspectos (Oman, 1999).

Se conoce la relación que existe entre Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y un aumento en el riesgo de mortalidad. El riesgo de mortalidad secundario a TDM es menor en mujeres que en hombres (Schoevers, 2000).

La OMS, realizó un estudio colaborativo de los problemas psicológicos en el primer nivel de atención, efectuándose tamizaje en 26,000 individuos, en 14 países del mundo, se encontró que un 10.4% de estas personas estaban sufriendo un episodio depresivo (Lecrubier, 2001). La investigación para evaluar depresión en Europa (DEPRESS), involucró a 78 463 personas y reveló una prevalencia de 17.0% en los últimos seis meses (Lépine, 1997).

En Estados Unidos existen dos estudios epidemiológicos de gran magnitud, el Estudio Epidemiológico de Área (ECA) y la Encuesta Nacional de Comorbilidad (NCS). El ECA indica que la prevalencia de la depresión mayor en el último mes, es de 2.2% y durante la vida, es de 6.3% en individuos mayores de 18 años. En el NCS, se aplicó por primera vez la entrevista psiquiátrica estructurada, "*Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*", a 8,098 personas de la comunidad, entre 15 y 54 años. Según este reporte el TDM es el padecimiento psiquiátrico más frecuente, el 17.1% de la muestra tuvo historia de un episodio de depresión a lo largo de la vida y el 11.3% tuvo un episodio depresivo en los 12 meses previos a la entrevista. Los resultados del NCS son similares al resto de los de estudios epidemiológicos y fueron consistentes con otras investigaciones en las que se llega a la conclusión de que la prevalencia de los trastornos afectivos es mayor en mujeres que en hombres (Kessler, 1994).

Un factor importante, para las diferentes tasas de prevalencia reportadas en los dos estudios, es que en el NCS se utilizaron 3 grupos de preguntas por separado para evaluar depresión y el estudio de la ECA solo utiliza una pregunta que engloba todos los estados de ánimo depresivo (Kessler, 1994).

La prevalencia de depresión aumenta a un 20 % en las personas que padecen enfermedades crónicas, tales como enfermedad cardiovascular o diabetes y en pacientes hospitalizados a un 22% a 33% (Katon,1990) . El riesgo relativo de padecer TDM en familiares de primer grado es de 1.5 a 3 veces más frecuente que en la población general (Karasu, 1993).

Los resultados de estos estudios demuestran que una parte importante de la población, en diferentes comunidades del mundo, sufre de depresión (Lecrubier, 2001).

Los trastornos depresivos se consideran como un problema de salud pública, ya que se presentan de manera frecuente, son ubicuos y afectan a la población de todas las edades, se asocian a gran sufrimiento tanto de los pacientes como de sus familiares y sus consecuencias en términos de mortalidad, discapacidad y morbilidad secundaria son graves (Sartorius, 2001).

Existen indicadores que sugieren que la frecuencia de los trastornos depresivos se incrementará en los próximos años, debido sobre todo a cambios demográficos, como el aumento en la esperanza de vida de las personas que sufren de enfermedades crónicas. Finalmente el criterio esencial para designar a una condición como problema de salud pública, es la existencia de una intervención efectiva para disminuir o eliminar el problema, lo cual se cumple para los trastornos depresivos ya que en los últimos años se han desarrollado una variedad de nuevos tratamientos efectivos (Sartorius, 2001).

### **Depresión y Discapacidad**

Discapacidad se define en el concepto de la siguiente tríada: deterioro, incapacidad y desventaja. Por ejemplo, la presencia de alguna restricción o falta de capacidad para realizar una actividad dentro de un rango considerado como normal para los humanos (Üstün,1995).

La psicopatología es una causa importante de discapacidad a nivel mundial. La OMS, en su estudio para cuantificar la carga que provoca la enfermedad, estima que para el año 2020, el TDM será el segundo padecimiento que cause mayor discapacidad en los pacientes, sólo superada por el infarto agudo al miocardio (Lecrubier, 2001).

La enfermedad física puede producir discapacidad debido a restricciones en las funciones, tales como movilidad, visión, capacidad aeróbica, fuerza corporal, destreza manual y control de esfínteres. La enfermedad psiquiátrica provoca discapacidad debido a limitaciones en las aptitudes cognitivas y motivacionales, en la regulación del afecto, la percepción social y la tendencia a amplificar los síntomas físicos, como el dolor y la fatiga, influyendo en mayor grado en las capacidades del organismo (Üstun, 1995).

El daño causado por trastornos psiquiátricos provoca discapacidad social en forma directa, ya que influye de manera negativa en el desempeño del rol, en los contactos sociales, familiares y ocupacionales; mientras que la enfermedad médica influye de forma indirecta a través del deterioro corporal que da como resultado limitaciones en el funcionamiento físico (Üstun, 1995).

Es claro que existe una asociación entre discapacidad y enfermedad mental, la hipótesis más aceptada para explicar este fenómeno, es que los trastornos psiquiátricos y la discapacidad se refuerzan mutuamente. Un estrés psiquiátrico inicial conduce a un deterioro en el desempeño del rol social, disminuyendo el refuerzo social y la autoestima, propiciando a su vez trastornos psiquiátricos (Lecrubier, 2001).

Los estudios epidemiológicos realizados en la comunidad, centros de atención primaria y en pacientes ambulatorios reportan una asociación entre depresión y discapacidad funcional. Las personas con depresión, muestran niveles de discapacidad mayor que los pacientes con enfermedades crónicas, a excepción del infarto al miocardio y definitivamente mayor que en pacientes sin síntomas psiquiátricos (Lecrubier, 2001).

La discapacidad asociada a trastornos afectivos tiene un impacto considerable en el bienestar personal, relaciones sociales y productividad laboral debido entre otras cosas al carácter crónico de éstos. También se ha reportado que la mejoría en los síntomas psiquiátricos se asocia a los cambios correspondientes en los niveles de discapacidad, mientras que los pacientes sin mejoría o con una leve mejoría de los síntomas experimentan una discapacidad crónica (Ormel, 1994).

En los últimos años se han efectuado varios estudios que utilizan diferentes instrumentos para cuantificar la discapacidad causada por la enfermedad mental y otras enfermedades de manera objetiva, no obstante, pretender una medida de la discapacidad global es complicado, debido a la variabilidad cultural (Lecrubier, 2001).

La investigación de Resultados Médicos "*Medical Outcome Study*", realizada en 1987, es un estudio observacional en el que participaron más de 11,000 pacientes ambulatorios, que estaban recibiendo atención en centros de primer nivel, en Estados Unidos. Se les evaluó con un cuestionario auto aplicable, para cuantificar la discapacidad en 6 áreas: área física, desempeño de su rol, funcionalidad social, número de días en cama secundario a la enfermedad, estado de salud actual, días libres de dolor. A pesar de que frecuentemente se cuestiona el uso de escalas auto aplicables para medir la discapacidad provocada por la depresión, ya que la

percepción negativa de los pacientes puede sesgar los resultados, se encontró una correlación importante entre la cuantificación de las 6 áreas, su intensidad y el uso de los servicios de salud. (Wells, 1989).

La asociación entre síntomas depresivos y días en cama, es una medida que se considera un indicador más objetivo de discapacidad, que el puntaje de las escalas ya que estas últimas dan una medición subjetiva de lo que el paciente siente (Lecrubier, 2001).

En la NCS, se cuantificaron los días laborales perdidos y los días en que disminuyó la productividad, con el objetivo de evaluar el impacto de la depresión en las actividades diarias. Los días de trabajo perdidos fueron considerados como una medida relativamente objetiva, por el contrario, los días en los que la capacidad laboral se vio disminuida, se consideraron como una medida subjetiva (Kessler, 1997).

Para evaluar el impacto de las enfermedades mentales en el funcionamiento, la relación entre enfermedad psicológica y la percepción negativa de la salud y la consistencia transcultural de esto, la OMS, llevó a cabo un estudio colaborativo, que evalúa los problemas psicológicos en el primer nivel de atención. En este estudio participaron centros de 14 países, representando a diferentes culturas y contextos económicos. Se trabajó con distintos tipos de estructuras de salud y servicios. Se evaluaron un total de 25,916 personas que acudían de manera frecuente a centros de primer nivel de atención. Se les aplicó un cuestionario de tamizaje para psicopatología. 5,447 pacientes se valoraron nuevamente en una segunda etapa, con la Entrevista Internacional para Diagnóstico (CIDI); los pacientes calificaron su funcionamiento físico, motivaciones y relaciones sociales con el cuestionario breve de discapacidad y los entrevistadores usaron el inventario de discapacidad social, para medir el funcionamiento en el rol ocupacional, en relación con las normas locales y las circunstancias de vida individuales. Los resultados mostraron que tanto la enfermedad física como la enfermedad mental producen discapacidad. La discapacidad en el desempeño del rol laboral fue marcadamente mayor en los pacientes con enfermedad psicológica. En general, la psicopatología se asoció de manera consistente a discapacidad moderada y grave. El TDM fue la enfermedad psiquiátrica con un índice de discapacidad más prominente. Las medidas de discapacidad fueron consistentes a través de los diferentes centros. También se encontró que la enfermedad psiquiátrica tiene una gran significancia en la calidad de vida de un gran número de culturas (Ormel, 1994). Se comprobó que en la enfermedad psiquiátrica existe una importante asociación entre la discapacidad apreciada por el entrevistador y la referida por el paciente, consistente en los 14 países (Lecrubier, 2001).

En el estudio DEPRES II, el cual involucró a 1,884 personas con el diagnóstico de TDM, que consultaron a un profesional de la salud por los síntomas depresivos en los seis meses previos, se encontró un promedio de 30 días de actividad normal y 20 días de trabajo perdidos secundario a los síntomas depresivos, durante los últimos 6 meses. Los aspectos de la actividad afectados fueron el sueño, relación matrimonial y con los hijos, relaciones sociales, salud en general, actividad laboral, optimismo para planear el futuro y la capacidad para llevar una vida normal (Tylee, 1999).

La relación constante entre psicopatología, discapacidad y percepción negativa de la salud en los diferentes países y culturas, se presenta como fenómeno universal y subraya la significancia de las enfermedades mentales en las capacidades humanas como determinante de discapacidad funcional y en la salud pública mundial.(Ormel, 1994)

El primer análisis sistemático de los costos de la depresión mayor, fue realizado en Estados Unidos, tomando en cuenta el censo de la población en 1980. En este estudio se evaluaron los componentes de la depresión y el impacto económico de la enfermedad, en términos de morbilidad, mortalidad, costos de tratamiento directos e indirectos, años de vida con disminución en la actividad y años de vida perdidos. Para calcular el costo total de la enfermedad, se tomaron en cuenta los costos directos del tratamiento, incluyendo el gasto para hacer el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, hospitalización y servicios médicos, más los costos indirectos, secundarios a la pérdida de la productividad (en días laborales perdidos) de los individuos quienes padecen la enfermedad y de quienes mueren debido a ella (Stoudemire, 1986).

**Costo Total de la Depresión en el esquema económico de 1980**

Costo	Cantidad en dólares por año
Costo Directo	2,100,000,000
Costo indirecto	
Morbilidad	10,000,000,000
Mortalidad	4,200,000,000
<b>Total</b>	<b>16,300,000,000</b>

Aún así, el cálculo de estos costos nos da una estimación menor a la real, ya que para contar con cifras más objetivas, no sólo se deberían incluir los costos directos e indirectos, sino también se deberán tomar en cuenta el grado de dolor y de sufrimiento experimentado por el paciente, sus familiares y amigos. Pero tomando en cuenta estos datos, se demuestra la magnitud de la depresión, como un problema de salud pública y socioeconómico de proporciones mayores (Stoudemire, 1986).

En 1990 con el objetivo de dar seguimiento al trabajo de Stoudemire, se publicó una investigación, en la que estimaron el costo anual de todos los tipos de depresión y consideraron no sólo los días laborales perdidos, sino los días en que la capacidad productiva disminuyó durante los episodios depresivos. Concluyendo que la carga económica de la depresión era aproximadamente de \$43.7 billones de dólares anuales (Greenberg, 1993).

### Costos Totales del Trastorno Depresivo en 1990

Costo	Monto en billones de dólares	Porcentaje del costo total
Costo directo (Tratamiento)	12.4	28
Costo a causa de mortalidad por suicidio	7.5	17
Morbilidad, costo de la disminución en la productividad (Ausentismo)	11.7	27
Disminución de la capacidad en el trabajo	12.1	28
<b>Total</b>	<b>43.7</b>	<b>100</b>

Ese mismo año, la Organización Mundial de la Salud y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, propusieron una herramienta para medir la carga que provoca la enfermedad en todo el mundo (Sundby, 1999).

En 1993 el Banco Mundial, en su documento anual, "Reporte de los acontecimientos mundiales", bajo el argumento de contar con una herramienta simple que ayude a clasificar por prioridad las intervenciones en salud y la necesidad de entender mejor el valor del dinero invertido en las investigaciones para el cuidado de la salud. Presenta por primera vez el concepto DALY, en esta medida se contabilizan los años de vida perdidos a causa de la discapacidad producto de una enfermedad o de muertes prematuras, por lo tanto un DALY representa un año perdido de vida saludable. Estudiando por separado las dos variables que conforman los DALYs, es posible establecer el rol que juega la discapacidad en la salud de la población. En 1990 la depresión mayor fue responsable del 10.7% de los años vividos con discapacidad en todo el mundo (Sundby, 1999; Lecrubier, 2001).

Después de que el Banco Mundial expuso el concepto DALY y de las conferencias llevadas a cabo en El Cairo en 1994, acerca de Población y Desarrollo y en Beijing en 1995, con el tema Mujer y Desarrollo, el tema de la salud en la mujer ha sido registrado como un área aparte y ha comenzado a ser un tema de investigación especial (Sundby, 1999).

La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, han calculado la cantidad de años de vida que se pueden perder, debido a la discapacidad producida por la depresión. La pérdida anual estimada para economías de mercado establecidas como Europa y Estados Unidos, África y Latino América es de 1 a 1.5 millones de años. Tomando al mundo como un todo, la discapacidad asociada con la enfermedad depresiva, resulta en una

pérdida de cerca de 13 millones de años de vida, cada año. Estos datos se traducen en sufrimiento, pérdidas humanas y económicas (Sartorius, 2001).

En conclusión, las medidas usadas en los diferentes estudios consistentemente han demostrado que la depresión es una causa sustancial de discapacidad (Lecrubier, 2001).

### **Cáncer de mama**

El cáncer de mama constituye un importante problema de salud a nivel internacional. Es la neoplasia más frecuente en la mujer y afecta a 1 de cada 12 mujeres en el mundo occidental (Millis, 1999). En países en vías de desarrollo como México, ocupa el segundo lugar en frecuencia, después del cáncer cervicouterino. Es la tercera neoplasia más frecuente en la población general precedida por el cáncer de próstata y cáncer cervicouterino y representa el 11% de todos los cánceres diagnosticados, así como el 6.5% de todas las defunciones por neoplasia (Villaseñor, 2000). En Estados Unidos es la segunda causa de muerte por cáncer, el riesgo de padecerlo es de 12.2% o 1 de cada 8 mujeres (DeBita, 2000). En mujeres europeas se diagnostican más de 200,000 casos nuevos anualmente (Mosconi, 2001). Aunque su incidencia y mortalidad varían regionalmente, la sobrevivida estimada es de 75% a 5 años (Ganz, 1998).

En el Instituto Nacional de Cancerología de México (INCAN), que es el centro de referencia más grande del país, durante el año 2000 se registraron 4891 nuevos casos de neoplasias, de ellos 823 correspondieron a cáncer de mama, 34% de las pacientes eran menores de 44 años y más del 35% de las pacientes se clasificaron como tumores localmente avanzados ( IIB – IIIB), lo anterior refleja el grave problema de salud que esta neoplasia representa para nuestra población (Villaseñor,2000).

El tratamiento del cáncer de mama incluye varias combinaciones de cirugía, radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia. La cirugía juega un papel importante en el control local de la enfermedad. Éste tipo de cirugía abarca una serie de procedimientos que en muchos casos es mutilante ya que se hace necesario la extirpación completa de la mama, procedimiento conocido en forma genérica como mastectomía; la más frecuentemente realizada es la Mastectomía Radical Modificada Tipo Patey, la cual incluye la extirpación total de la mama, así como los grupos ganglionares axilares y el músculo pectoral menor (DeBita, 2000).

El tratamiento multimodal del cáncer de mama mejora la supervivencia, pero contribuye a prolongar el periodo de intervención médica y se asocia a secuelas emocionales y físicas. Se conoce relativamente poco sobre la salud y la calidad de vida en las sobrevivientes de cáncer de mama (Ganz, 1998).

Las consecuencias físicas, psicológicas, sexuales y sociales, en mujeres que han padecido una mastectomía es un tema de vital importancia ya que ejercen un gran impacto en la calidad de vida (Knobf, 1986).

La cirugía de mama conlleva a cambios en la percepción de la imagen corporal, la feminidad y la integridad física. Las mamas son importantes tanto desde el punto de vista simbólico como en la realidad para hombres y mujeres. Para muchas mujeres representan un componente importante de feminidad y autoestima, ya que combinan el atractivo sexual con el potencial materno de crianza (Nadelson, 1983).

La mastectomía, suscita diferentes reacciones emocionales; confronta a la mujer con la enfermedad mortal y con su propio miedo a la muerte, además significa la pérdida de una parte importante del cuerpo y para muchas mujeres la disminución del atractivo sexual (Nadelson, 1983).

Recientemente además de evaluar la efectividad de las intervenciones terapéuticas, las nuevas políticas de salud, se interesan cada vez más en el impacto del tratamiento sobre la calidad de vida, tomando en cuenta la percepción subjetiva de la salud, el funcionamiento social y el bienestar psicológico, con el objetivo de efectuar un abordaje humanista e integral en el tratamiento (Mosconi, 2001).

Las mujeres pasan por varias fases durante la enfermedad, en un principio necesitan adaptarse al impacto de estar enfermas y posteriormente a las consecuencias del tratamiento. Durante el primer año posterior al diagnóstico, están sometidas a un estrés psicológico muy importante, lo que repercute en la calidad de vida y en las relaciones familiares, retrasando el regreso a las actividades normales. La morbilidad psicológica puede persistir durante los primeros dos años posteriores al diagnóstico (Coscarelli, 1993).

Algunos estudios han comparado la calidad de vida en mujeres que han padecido cáncer de mama, después de 5 años del diagnóstico con mujeres sanas y concluyen que es similar entre los dos grupos (Vinokur, 1989).

Dorval en 1998, comparó la calidad de vida en sobrevivientes de cáncer de mama, después de 8 años del tratamiento inicial y en mujeres de edades similares, que nunca padecieron la enfermedad; la calidad de vida fue similar entre ambos grupos, aunque se reportaron dos excepciones entre las sobrevivientes: la calidad de vida fue menor en las mujeres que padecían problemas en la función del brazo y en general refirieron una menor satisfacción de la vida sexual en pareja.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la discapacidad que provoca la depresión en las mujeres y cómo afecta su desempeño de las labores del hogar, en comparación con la discapacidad que produce una mastectomía?

## JUSTIFICACIÓN

Una perspectiva de género en el tema de la salud, involucra no solo un análisis basado en el conocimiento de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres; sino también un reconocimiento de las distintas labores que desempeñan y el impacto que éstas tienen a nivel familiar, social, cultural y económico (Santiago, 1996).

En los últimos años, se ha observado que la depresión es un problema de salud pública mundial y que la relación existente entre depresión y discapacidad es un fenómeno universal. Diferentes estudios han comparado la discapacidad producida por distintas enfermedades crónicas degenerativas y la discapacidad que provoca la depresión. Se han utilizado varios instrumentos, con el objetivo de cuantificar la discapacidad de manera objetiva. En la necesidad de objetivizar y mostrar las limitaciones que provoca la depresión se han implementado conceptos de carácter económico y laboral, que de alguna manera traducen las implicaciones familiares, sociales y económicas, dejando de lado el gran impacto que la depresión ejerce en el desempeño de las labores del hogar, en las relaciones de pareja, en el cuidado y educación de los hijos, en la vida sexual y en la misma auto percepción de la valía personal.

El riesgo para padecer depresión en mujeres es del 10% al 25% con un pico máximo entre los 25 y 44 años (Merrill, 1997).

Tomando en cuenta que la mayoría de las mujeres mexicanas se dedican al hogar, es importante evaluar la discapacidad producida por esta enfermedad en las labores del hogar y la influencia sobre la economía y la dinámica familiar y social.

Se decidió comparar la discapacidad que provoca la depresión y la discapacidad producto de una mastectomía ya que las comparaciones previas, son con enfermedades crónicas que afectan a la población general como infarto agudo al miocardio, diabetes mellitus, artritis reumatoide, etc. No se ha realizado un estudio comparativo con alguna enfermedad que afecte en su gran mayoría a mujeres y que su tratamiento implique la extirpación de una parte del cuerpo, que desde la perspectiva cultural está relacionado de manera importante con la feminidad por lo tanto ejerce un impacto directo sobre su percepción personal, el rendimiento social y familiar.

## **OBJETIVO GENERAL**

El objetivo general de este estudio fue evaluar la discapacidad resultante de padecer un trastorno depresivo mayor, sobre las actividades diarias de la mujer, en el hogar y compararlo con la discapacidad que produce una mastectomía en mujeres mexicanas.

## **OBJETIVOS PARTICULARES**

1. Cuantificar la discapacidad global en mujeres con depresión y en mujeres con mastectomía (WHO-DAS II).
2. Comparar la discapacidad sobre el cuidado personal, la relación social y familiar y las labores del hogar, de las mujeres con depresión y las mujeres mastectomizadas (WHO-DAS II áreas 3,4,5 y 6).
3. Comparar la severidad de la depresión y la presencia de psicopatología en ambos grupos (Hamilton/ SCL 90).
4. Determinar la relación entre discapacidad y severidad de la depresión (WHO-DAS II/ Hamilton /SCL-90) .
5. Determinar la relación entre el tiempo de sobrevida y la discapacidad en mujeres con cáncer de mama.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

**Se realizó un escrutinio:** comparativo, transversal

### **Pacientes**

En el primer grupo se incluyeron a pacientes que acudieron a la consulta externa de control, en el servicio de Tumores Mamarios, del Instituto Nacional de Cancerología, durante el periodo de octubre a diciembre del 2001, por haber padecido cáncer de mama. Estas pacientes habían sido tratadas quirúrgicamente con mastectomía radical modificada tipo Patey, concluido los ciclos de radioterapia por lo menos un año antes del estudio y en el momento del estudio no presentaban actividad neoplásica.

En el segundo grupo se incluyeron a pacientes que acudieron por primera vez al servicio de preconsulta del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, durante periodo de mayo a septiembre del año 2001, que al ser evaluadas presentaban el diagnóstico de trastorno depresivo mayor de intensidad leve, moderada o severa, sin síntomas psicóticos; de acuerdo con el DSM-IV, sin estar recibiendo tratamiento antidepresivo por lo menos desde dos meses antes del estudio.

**Criterios de Inclusión**

1. Pacientes del sexo femenino.
2. Edad entre 20 y 50 años.
3. Dedicadas a las labores del hogar.
4. Sin enfermedades comórbidas.
5. Que aceptaron participar en el estudio.

**Criterios de exclusión**

1. Pacientes que no sepan leer o escribir.
2. Pacientes con retraso mental o síntomas psicóticos en el momento de la entrevista.
3. Mujeres que sean las principales proveedoras económicas del hogar.
4. Mujeres solteras, viviendo solas.
5. Mujeres embarazadas.
6. Pacientes con tratamiento farmacológico para depresión.

**Variables e instrumentos de medición**

Variable	Tipo de variable	Instrumento de medición
Discapacidad	Ordinal	Cuestionario para la evaluación de Discapacidad de la OMS, WHO-DAS II
Severidad de la depresión	Ordinal	Escala de Hamilton para Depresión
Psicopatología	Ordinal	Listado de síntomas, SCL-90
Sobrevida	Dimensional	Meses de sobrevida, según el expediente clínico

## 1) Listado de síntomas psiquiátricos (SCL-90)

Esta escala está diseñada para ser contestada por el propio paciente. Ha sido utilizada por los clínicos para describir el estado sintomático del paciente.

A lo largo de la historia, las primeras escalas para medir sintomatología fueron desarrolladas a partir del índice médico de Cornell (1948). En un principio fue la escala de malestar realizada por Parloff en 1948 y revisada por Frank en 1953, que se utilizó en investigación para evaluar tratamientos psicoterapéuticos y posteriormente el listado de síntomas de Hopkins (HSCL), que consistía en 58 preguntas y una versión abreviada de 38 puntos. Después de algunas revisiones a estas escalas, finalmente se introduce la escala de síntomas de Hopkins SCL-90.

El SCL-90 es un cuestionario diseñado para evaluar la presencia e intensidad de la sintomatología reportada por el paciente, valora síntomas referentes a diversas manifestaciones subjetivas que se experimentan durante el estrés, la enfermedad y la tensión emocional. Incluye 90 reactivos, que a su vez se agrupan en 9 subescalas, cada una con un total de 6 a 13 ítems. La intensidad del síntoma es medido por el paciente en una escala de severidad, en donde 0=nada y 4=severo, tomando un tiempo de referencia de 7 días. El instrumento ha demostrado su validez, con una sensibilidad y especificidad del 80% al 90%.

Los 90 reactivos del SCL-90 se agrupan en las siguientes subescalas.

1. Somatización (12 ítems)
2. Obsesivo Compulsivo (10 ítems)
3. Sensibilidad Interpersonal (9 ítems)
4. Depresión (13 ítems)
5. Ansiedad (10 ítems)
6. Hostilidad (6 ítems)
7. Ansiedad Fóbica (7 ítems)
8. Pensamiento de contenido paranoide (6 ítems)
9. Síntomas psicóticos (10 ítems)
10. Síntomas aislados (7 ítems)

El cuestionario incluye un instructivo para responder de manera adecuada, está escrito en un lenguaje básico y entendible; las preguntas están formuladas de manera en que se pueden leer y cuantificar en un programa de computadora.

Como resultado final se pueden obtener tres medidas: un índice sistemático general, que consiste en la suma de todos los factores, dividido entre 90; el total de síntomas positivos y el nivel de malestar que producen los síntomas positivos.

Con las medidas anteriores se puede analizar el perfil del paciente, los resultados se pueden observar en una hoja de cálculo y de manera gráfica, según lo amerite la investigación. La estructura factorial del SCL-90 debe ser establecida de manera empírica para cada población. Esta escala ha sido utilizada en varias poblaciones de consulta externa con diagnósticos como distimia, trastornos ansiosos y anorexia nervosa. Asimismo en pacientes hospitalizados con cuadros psicóticos y neuróticos. En poblaciones de veteranos psiquiátricos con cuadros de ansiedad, depresión y esquizofrenia; en poblaciones no psiquiátricas y en poblaciones geriátricas sin que se hubiera realizado un análisis factorial.

Se han encontrado diferentes coeficientes de consistencia interna (0.94, 0.90, 0.89, 0.83 y 0.94) en las diferentes sub-dimensiones (depresión, somatización, ansiedad fóbica, sensibilidad interpersonal y suspicacia hostil respectivamente) y un coeficiente de alfa de 0.975 para la prueba total. Se sabe que el instrumento distingue bien entre pacientes y controles ( $p < 0.001$ ) y tiene un poder discriminatorio de 93.1% en la comunidad y 77.9% en los pacientes para detectar sintomatología psiquiátrica.

Holi en 1998, demostró en un estudio en Finlandia un coeficiente alfa de Cronbach de 0.77 a 0.90. En la muestra comunitaria mayor de 40 años se encontraron puntajes consistentemente superiores a los del grupo menor de 40 años. En relación a la interdependencia entre las dimensiones del cuestionario y las poblaciones en su estudio encontraron que estas se correlacionaron en un 0.67 para la población comunitaria y en un 0.57 para la muestra de pacientes.

## **2) Escala de Hamilton para depresión**

Esta escala fue diseñada en 1957 y desde su publicación inicial en 1960, el HAM-D se ha aceptado como una escala de evaluación estándar para cuantificar sistemáticamente los resultados de las entrevistas clínicas en pacientes con el diagnóstico de depresión.

Técnicamente es un instrumento corto, su aplicación no interfiere con la entrevista clínica, ya que la información requerida se obtiene a partir del curso de ésta y puede aplicarse en el consultorio; por lo general se recomienda realizar una conferencia de por lo menos media hora y tomar en cuenta la intensidad de los síntomas desde diez días previos.

El principal componente de análisis que se obtiene, es el factor de severidad de los síntomas depresivos, aunque se han descrito otros factores para diferenciar el tipo de depresión (Hamilton 1960).

Es el instrumento usado con mayor frecuencia para validar las nuevas escalas utilizadas en depresión. Se ha utilizado en la investigación clínica para evaluar la eficacia de los tratamientos antidepresivos y además se ha aplicado para valorar la presencia de síntomas depresivos en una gran cantidad de enfermedades, por ejemplo en personas con cefalea migrañosa, dolor facial atípico, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, alcoholismo, enfermedad de Parkinson, esquizofrenia; depresión secundaria asociada a enfermedad cerebral vascular, mastectomía y efectos secundarios de anticonceptivos orales (Hedlund, 1979).

La escala básica de Hamilton identifica 21 apartados, de los cuales diez se puntúan de 0 a 4 y once de 0 a 2, dando una total que va desde 0 hasta 62 puntos.

Los apartados que se evalúan son los siguientes: ánimo deprimido, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio inicial, insomnio intermedio, insomnio terminal, trabajo y actividades, retardo, agitación, ansiedad psíquica, ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos en general, síntomas genitales, hipocondriasis, pérdida de peso, introspección, variaciones diurnas, despersonalización o desrealización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos compulsivos.

Las investigaciones han demostrado que la escala de Hamilton es un instrumento con validez de contenido y de constructo para medir la severidad de la depresión, que cuenta con un alto grado de estabilidad y consistencia interna y con una confiabilidad inter evaluador adecuada (Hedlund, 1979).

### **3) Cuestionario para la Evaluación de Discapacidades de la Organización Mundial de la Salud (WHO/DAS II; versión 3.1<sup>a</sup>).**

La Organización Mundial de la Salud, con el objetivo de proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado que sirva de punto de referencia para describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud, publica en 1980 la clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías; actualmente recibe el nombre de *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF); la clasificación tiene un enfoque biopsicosocial que cubre toda alteración en términos de “estados funcionales” en los niveles corporal, individual y social, asociados con estados de salud. “Funcionamiento” y “Discapacidad” son términos genéricos que abarcan tres dimensiones: (1) funciones y estructuras corporales; (2) actividades en el nivel individual; y (3) participación en la sociedad.

La CIF pertenece a la “familia” de clasificaciones desarrolladas por la OMS para su aplicación a varios aspectos de la salud, proporciona una base científica para entender y estudiar los efectos funcionales asociados a los estados de salud; establece un lenguaje único y estandarizado que posibilita la comunicación en todo el mundo sobre la salud y la atención sanitaria entre diferentes disciplinas y ciencias; permite la comparación de datos entre países, o entre disciplinas relacionadas con la atención médica, entre los servicios y en diferentes momentos a lo largo del tiempo; proporciona un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información de la salud.

Esta clasificación ha sido utilizada como herramienta estadística, en la recopilación y registro de datos; como instrumento de investigación, para medir resultados, calidad de vida o factores contextuales; en la clínica, para valorar necesidades, tratamientos, rehabilitación y evaluación de resultados; en la política social, en planes de seguridad social, sistemas de compensación, implantación y diseño de políticas; y como herramienta educativa para la identificación de necesidades, conscientización y acción social.

La CIF ha sido aceptada como una de las clasificaciones de modelo social de naciones Unidas e incorpora Las Normas Uniformes para la Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Como tal, la CIF nos aporta un instrumento apropiado para la implantación de los mandatos internacionales sobre los derechos humanos, así como de legislaciones nacionales.

La CIF organiza la información de acuerdo a tres dimensiones: Funciones y estructuras corporales (B); actividad (A); y Participación(P). Estas dimensiones contienen varias áreas relacionadas con las funciones y estructuras corporales, la realización de actividades, y la participación en situaciones de la vida.

Las dimensiones de la CIF se conciben en dos polos: uno de ellos se puede utilizar para indicar problemas; el otro extremo puede indicar aspectos neutrales o positivos de los estados funcionales. El “Funcionamiento” se utiliza de manera genérica para englobar los aspectos positivos o neutrales de las dimensiones. A su vez, el término “Discapacidad” se utiliza de manera genérica para englobar los problemas en estas dimensiones. El Funcionamiento y la discapacidad son concebidos como una interacción dinámica entre los estados de salud y los factores contextuales.

El CIF, es una clasificación sistemáticamente estructurada, en donde el funcionamiento y la discapacidad se codifican con códigos numéricos como calificadores. El primer calificador para cada dimensión y componente es común y especifica la extensión o magnitud del funcionamiento o la discapacidad en esa categoría. (OMS 1999).

El WHO-DAS II, es un instrumento que se utiliza para evaluar discapacidad, basado en la CIF; comprende de 97 ítems distribuidos de la siguiente manera:

Sección 1: Hoja inicial (6 ítems)

Sección 2: Datos demográficos y de índice general (5 ítems)

Sección 3: Revisión de la salud general (11 ítems)

Sección 4: revisión de las áreas (12 ítems)

Área 1: Comprensión y comunicación (7 ítems)

Área 2: Capacidad para moverse en su alrededor/entorno (6 ítems)

Área 3: Cuidado personal (5 ítems)

Área 4: Relacionarse con otras personas (6 ítems)

Área 5: Actividades de la vida diaria (16 ítems)

Área 6: Participación en la sociedad (12 ítems)

Sección 5: Atribución de causa e impacto (opcional 7 ítems)

Guías de tiempo (4 ítems)

Las respuestas del paciente hacen referencia a su funcionamiento durante el último mes, comparándose contra el funcionamiento “promedio” o “normal”, de una persona del mismo sexo, edad y nivel socioeconómico. El tiempo promedio de aplicación es de 30 minutos. La información se obtiene a partir del paciente, personas cercanas e incluso documentos por escrito. La evaluación la puede llevar a cabo el psiquiatra, psicólogo o trabajador social (Sartorius, 1996). Los resultados de este instrumento aún no han sido publicados.

## **PROCEDIMIENTO**

Las pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión fueron seleccionadas por un médico psiquiatra. Se obtuvo una muestra total de 60 mujeres, 30 en cada grupo. Recibieron información acerca del objetivo de la investigación y se les solicitó su consentimiento para participar en ella. A las que aceptaron se les realizó una entrevista clínica con duración aproximada de 40 minutos, de la cual se obtuvieron los datos para contestar la escala de Hamilton; posteriormente se les dieron las instrucciones para responder de manera adecuada y confiable la escala WHO-DAS II y se les proporcionaron las tarjetas de guía para respuestas, con ésta información se prosiguió a preguntar lentamente cada uno de los reactivos, ofreciendo explicaciones aclarativas cuando había dudas. Por último se les leyeron las instrucciones del Listado de síntomas, SCL-90 y ellas lo contestaron por sí mismas, dentro del consultorio y en compañía del entrevistador para aclarar cualquier duda.

Las entrevistas con las pacientes del grupo 1, se llevaron a cabo en un consultorio, proporcionado por el servicio psico-oncología del instituto Nacional de Cancerología y además del procedimiento antes mencionado, se registraron datos concernientes a la patología neoplásica, como estadío clínico (TNM), tiempo de sobrevivida y meses en control después de haber terminado el tratamiento con radioterapia. Las entrevistas con las pacientes del grupo 2, se realizaron en un consultorio del servicio de preconsulta del Instituto Nacional de psiquiatría, "Ramón de la Fuente".

Los resultados de las escalas, se captaron en una base de datos en Foxbase y se analizaron con el programa estadístico SAS 6.2.

#### **Análisis estadístico:**

Para los datos descriptivos de la muestra, se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión (promedio y desviación estándar).

Para las comparaciones se utilizaron prueba T en el caso de variables dimensionales y Chi cuadrada, para variables categóricas.

Se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman, para determinar la relación entre severidad de la depresión y discapacidad.

#### **RESULTADOS:**

En el estudio participaron un total de 60 pacientes, 30 reclutadas en el Instituto Nacional de Cancerología (grupo 1) y 30 en el Instituto Nacional de Psiquiatría (grupo 2); ya que uno de los objetivos de ésta investigación se enfocó a evaluar el efecto que tiene la discapacidad sobre las labores del hogar, el total de las mujeres tuvo como ocupación principal administrar y realizar las labores domésticas, además de jugar un rol importante en el sostén afectivo familiar.

Las características demográficas de ambos grupos se muestran en la tabla 1, en donde se observa que las mujeres del grupo 1, tuvieron una edad significativamente mayor que las del grupo 2, sin embargo el número de años de estudio fue similar en ambos grupos.

**Tabla 1. Edad y años de estudio en ambos grupos.**

	<u>Mujeres con mastectomía</u>	<u>Mujeres con depresión</u>		
	Promedio/desviación estándar	Promedio/desviación estándar	t	p
Edad	40.96+/-5.83	33.63+/-5.69	4.42	0.00
Años de estudio	10.13+/-6.85	9.40+/-5.36	0.46	0.64

En la muestra de pacientes con mastectomía, se encontró que la etapa clínica más frecuente del cáncer fue la IIB (tabla 2).

**Tabla 2. Clasificación clínica por etapas**

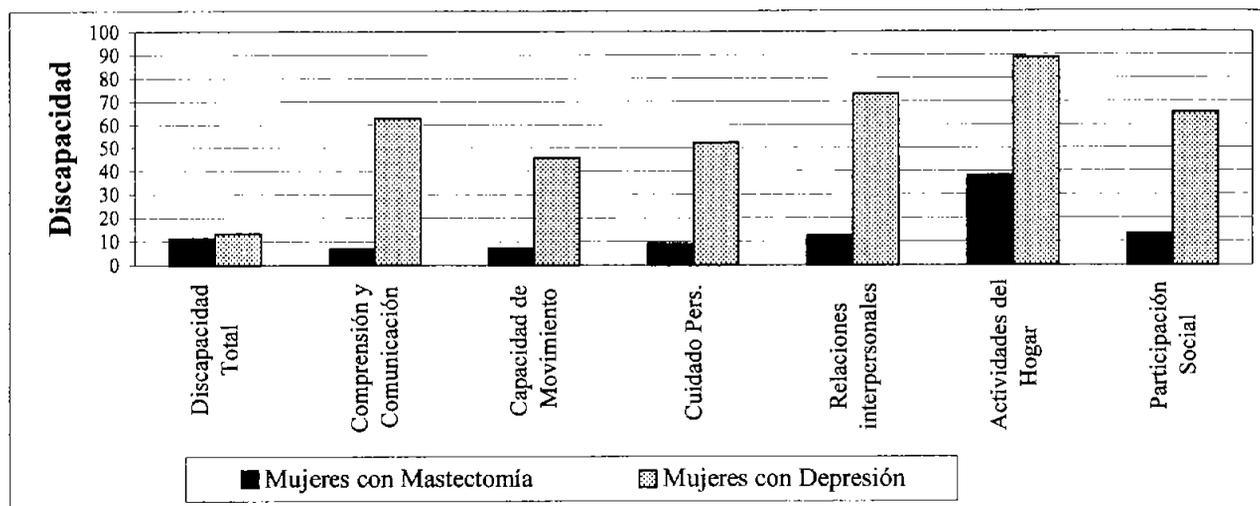
Etapa	Frecuencia	Porcentaje
IIA	7	23.3
IIB	16	53.3
IIIA	3	10.0
IIIB	4	13.3

En la tabla 3, se muestran los resultados obtenidos en cada área del Cuestionario para la Evaluación de Discapacidades de la Organización Mundial de la Salud (WHO/DAS II versión 3.1<sup>a</sup>) en ambos grupos. La discapacidad fue significativamente mayor sobre todas las áreas, en el grupo 2; el área en donde se encontró mayor discapacidad en ambos grupos fue sobre el desempeño de las actividades de la vida diaria, que valora el cumplimiento de las labores del hogar.

**Tabla 3. Discapacidad global en ambos grupos.**

WHO-DAS II	<u>Mujeres con mastectomía</u>	<u>Mujeres con depresión</u>	t	p
	Promedio/desviación estándar	Promedio/desviación estándar		
Total	11.32+/-8.31	13.30+/-2.42	-15.23	0.00
Comprensión y comunicación	7.00+/-10.13	62.66+/-21.52	-12.81	0.00
Capacidad para moverse en su alrededor	7.29+/-13.74	45.62+/-21.65	-8.18	0.00
Cuidado personal	9.00+/-11.24	52.33+/-24.02	-8.94	0.00
Relacionarse con otras personas	12.50+/-14.30	73.05+/-26.95	-10.86	0.00
Actividades de la vida diaria	38.27+/-17.94	88.66+/-10.41	-13.24	0.00
<u>Labores del hogar</u>				
Participación en sociedad	13.33+/-13.64	65.13+/-14.45	-14.27	0.00

**Gráfica 1. Discapacidad en ambos grupos.**



La capacidad de participación social y de relacionarse con otras personas, fueron las siguientes áreas más afectadas en el grupo 1 y en el grupo 2 se encuentran estas mismas áreas pero en orden inverso con mayor discapacidad sobre la capacidad para relacionarse con otras personas y después en la participación social. En las mujeres con depresión también se encontró una gran discapacidad en la comprensión y comunicación y en el cuidado personal (Gráfica 1).

En la tabla 4 se observa que tanto el promedio obtenido en la escala de HAM-D como la puntuación en todas las subescalas del SCL-90, fue significativamente mayor en las pacientes del grupo 2. En las pacientes con depresión se encontró una mayor psicopatología relacionada con síntomas depresivos, obsesivos compulsivos, somatización, sensibilidad interpersonal y ansiedad, en cambio en las mujeres mastectomizadas la sintomatología psiquiátrica fue más importante en las subescalas de somatización, depresión, obsesivo compulsivos y en cuarto lugar ansiedad.

**Tabla 4. Psicopatología y Severidad de la Depresión en ambos grupos.**

	<u>Mujeres con mastectomía</u>	<u>Mujeres con depresión</u>		
	Promedio/desviación estándar	Promedio/desviación estándar	t	p
<b>HAMILTON</b>	5.83 +/-3.37	23.30+/-3.27	-20.35	0.00
<b>SCL-90</b>				
Somatización	0.64+/-0.57	2.03+/-0.85	-7.39	0.00
Obsesivo Compulsivo	0.50+/-0.50	2.20+/-0.81	-9.75	0.00
Sensibilidad Interpersonal	0.24+/-0.28	2.03+/-0.92	-10.13	0.00
Depresión	0.62+/-0.65	2.67+/-0.80	-10.87	0.00
Ansiedad	0.44+/-0.55	2.00+/-0.89	-8.13	0.00
Hostilidad	0.35+/-0.46	1.88+/-1.13	-6.85	0.00
Ansiedad fóbica	0.28+/-0.57	1.65+/-1.11	-5.97	0.00
Pensamiento paranoide	0.27+/-0.40	1.72+/-0.89	-8.06	0.00
Tendencias psicóticas	0.19+/-0.31	1.41+/-0.79	-7.80	0.00

Se encontró una correlación positiva alta entre severidad de la depresión y discapacidad (Tabla 5)

**Tabla 5. Relación entre Discapacidad y Severidad de la Depresión\***

Evaluación de Discapacidad por áreas	Hamilton	SCL-90, Subescala de Depresión
WHO-DAS II		
Discapacidad total	°0.873	°0.869
Comprensión y Comunicación	°0.857	°0.819
Capacidad para moverse a su alrededor	°0.798	°0.767
Cuidado personal	°0.797	°0.809
Capacidad de relacionarse con otras personas	°0.781	°0.794
Actividades de la vida diaria (Actividades del hogar)	°0.826	°0.831
Participación en la sociedad	°0.810	°0.809

\* Coeficiente de Correlación de Spearman, °p=0.00

En las mujeres con mastectomía, no se encontró correlación en ninguna de las subescalas de discapacidad del WHO-DAS II, con el número de meses de sobrevida. En la escala de Hamilton se encontró una correlación positiva que se acerca a la significancia estadística y en la subescala para depresión del SCL 90 se encuentra una correlación positiva, pero el dato no es estadísticamente significativo (tabla 6).

**Tabla 6. Correlación entre años de sobrevida, discapacidad y depresión**

<b>WHO-DAS II</b>	Coefficiente de correlación de Spearman	p
Discapacidad Total	0.08	0.66
Comprensión y Comunicación	0.11	0.52
Capacidad para moverse a su alrededor	0.02	0.88
Cuidado personal	0.03	0.86
Capacidad para relacionarse con otras personas	-0.16	0.38
Actividades de la vida diaria	0.05	0.77
Participación en la sociedad	-0.11	0.53
<b>Hamilton</b>	0.35	0.05
<b>SCL-90 Subescala de depresión</b>	0.17	0.36

## DISCUSIÓN

El presente trabajo es el primer estudio comparativo que se realiza con mujeres mexicanas, dedicadas a las labores del hogar, en el que se evalúa la discapacidad que produce la depresión y se compara con la discapacidad producto de una mastectomía.

Existen estudios en los que se cuantifica la discapacidad provocada por enfermedades crónico- degenerativas, como el infarto agudo al miocardio, la diabetes mellitus y el cáncer en general, pero en ninguno se toma en cuenta a las mujeres que han padecido cáncer de mama y una mastectomía. En este trabajo se consideró importante comparar la discapacidad que producen tanto la depresión como la mastectomía, ya que son enfermedades que afectan principalmente a mujeres, influyen de manera directa en la funcionalidad personal y constituyen un problema de salud pública internacional.

En los últimos años se han efectuado varios estudios para evaluar la discapacidad causada por la enfermedad mental. Específicamente para la depresión, existen indicadores subjetivos como cuestionarios auto aplicables que valoran el área física, desempeño del rol, funcionalidad social, número de días en cama, el estado de salud y los días libres de dolor, así como medidas que se consideran indicadores objetivos, que se traducen en conceptos económicos y laborales.

La población del presente estudio está constituida por mujeres que se dedican a las labores del hogar, por lo que no es posible utilizar un indicador económico o laboral, para evaluar la discapacidad, ya que es una actividad no pagada, que de tan cotidiana, se ha vuelto casi invisible; sin embargo con el instrumento WHO-DAS II fue posible ver a la persona desde una perspectiva biopsicosocial, en donde se tomaron en cuenta las diferentes áreas que integran al individuo, la capacidad de comunicación y comprensión, la capacidad de movimiento, el cuidado personal, las relaciones sociales, las actividades de la vida diaria y la participación social, con ello, se pudo observar como repercute la enfermedad en la función global.

Se encontró que las mujeres deprimidas experimentan una discapacidad global mayor, que las mastectomizadas. La diferencia entre ambos grupos, respecto a la discapacidad en el cuidado personal, las relaciones sociales y familiares, así como en el desempeño de las labores del hogar, fue estadísticamente significativa, mostrando una mayor discapacidad en las mujeres con depresión.

La diferencia en la puntuación total, de la escala de Hamilton, para valorar severidad de la depresión, en ambos grupos, fue estadísticamente significativa, siendo mayor en las pacientes deprimidas. La presencia de psicopatología, tomando en cuenta todas las áreas que evalúa el SCL-90, fue mayor en las mujeres deprimidas, las puntuaciones más altas, se encontraron en las subescalas que miden síntomas depresivos, obsesivo-compulsivos, de somatización, sensibilidad interpersonal y ansiedad, siendo la diferencia estadísticamente significativa.

En este estudio se encontró una correlación positiva alta entre severidad de la depresión y la discapacidad, ya que el coeficiente de correlación de Spearman fue mayor de 0.7, en todas las áreas del WHO-DAS II.

En el grupo de mujeres mastectomizadas, no se encontró correlación entre las subescalas de discapacidad y el número de meses de sobrevida; lo que corresponde con estudios previos en los que se ha evaluado calidad de vida, en los 5 y 8 años posteriores al cáncer y han concluido que la calidad de vida en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama y el grupo control es similar.

Existió una correlación positiva baja, pero estadísticamente significativa, entre tiempo de sobrevida y severidad de la depresión, evaluada con la escala de Hamilton; a diferencia de la subescala para depresión del SCL-90, en la que no se encontró una significancia estadística, es decir que las mujeres con mastectomía tienden a padecer síntomas depresivos en tanto mayor sea el tiempo posterior a la cirugía. Esta diferencia en las correlaciones, puede deberse a que la escala de Hamilton toma en cuenta algunos síntomas somáticos, de ansiedad e ideas obsesivas que pudieran dar una puntuación más alta en la medición de la severidad de la depresión, a diferencia del SCL-90 en donde estos síntomas se encuentran incluidos en subescalas distintas a las que valoran depresión, por lo tanto no fueron tomadas en cuenta para realizar esta correlación.

El estudio se realizó con una muestra adecuada, es fácil de realizar y de reproducir y tiene importancia ya que es uno de los primeros estudios que se han llevado a cabo para evaluar la discapacidad que provoca la depresión.

Una de las limitaciones del estudio es que es un estudio transversal, que no evalúa a la muestra de manera longitudinal, por lo tanto, no toma en cuenta la discapacidad de acuerdo a la evolución clínica de la enfermedad.

## CONCLUSIÓN

Las mujeres con depresión, padecen una discapacidad global mayor, que las mujeres con una mastectomía. Por lo anterior se concluye que la depresión es una enfermedad discapacitante, que afecta de manera directa el cuidado personal, las relaciones sociales y familiares, así como el desempeño de las labores del hogar.

En base a los resultados de este estudio, sería importante realizar medidas para informar a la población acerca de los síntomas de la enfermedad, los sitios en los que se puede encontrar tratamiento y la manera en que este padecimiento influye en la vida diaria, esto con el fin sensibilizar a la gente ante el padecimiento, identificar con mayor exactitud la prevalencia, efectuar un tratamiento adecuado y con ello disminuir la discapacidad.

Tomando en cuenta que un 91.3% de las mujeres mexicanas se dedican entre otras cosas a las labores del hogar, el presente estudio plantea que al evaluar la discapacidad que provoca la depresión solo con indicadores económicos y laborales, deja fuera a gran parte de la población mexicana que padece la enfermedad, por lo tanto no es suficiente para valorar el impacto que tiene la depresión dentro de la familia, la cultura, la sociedad y el ámbito político. A partir de esto se sugiere, realizar más estudios en los que se apliquen instrumentos que estudien al individuo dentro de un contexto global y de esta manera poder contar con una medición real de la discapacidad.

Por otra parte, el efectuar estudios en los que se compare la discapacidad que provoca la depresión, con la discapacidad producto de otras enfermedades, en diferentes grupos de la población mexicana, facilitaría en el futuro, poder comparar los resultados y con ello hacer políticas sociales de prevención, tomando en cuenta los requerimientos específicos para cada padecimiento .

## BIBLIOGRAFÍA

1. Coscarelli A, Ganz P, Polinsky m, Fred C, Hirji K, Petersen L. Characteristics of Women at Risk for Psychosocial Distress in the Year After Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology* 1993; 11: 783-793.
2. DeBita, Vincent T. Principios y Práctica en Oncología. Neoplasias de mama. Sexta edición. Editorial Lippincott Raven, 2001. pp 1557-1627.
3. Dora Kohen. Psychiatric services for women. *Advances in psychiatric treatment* 2001, vol 7, 328-334.
4. Dorval M, Maunsell E, deschênes L, Brisson J, Mâsse B. Long-Term Quality of Life After Breast Cancer: Comparison of 8-years Survivors With Population Controls. *Journal of Clinical Oncology* 1998; 16:487-494.
5. Ganz P, Rowland J, Desmond K, Meyerowitz B, Wyatt G. Life After Breast Cancer: Understanding Women's Health-Related Quality of Life and Sexual Functioning. *Journal of Clinical Oncology* 1998;16:501-514.
6. Greenberg P, Stiglin L, Finkelstein S, Berndt. The Economic Burden of Depression in 1990. *J Clin Psychiatry* 1993;54:405-418.
7. Greenberg P, Stiglin L, Finkelstein S, Berndt. The Economic Burden of Depression in 1990. *J Clin Psychiatry* 1993;54:405-418.
8. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 1960;23:56-62.
9. Hedlund J, Vieweg B. The Hamilton Rating scale for depression: A Comprehensive Review. *Journal of Operational psychiatry* 1979;10:149-165.
10. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Secretaría de Trabajo y Previsión Social. Sistema de Indicadores para el Seguimiento de la Situación de la Mujer en México, Encuesta de 1999.
11. Karasu T, Docherty J, Gelenberg A, Kupfer D, Merriam A, Shadoan R. American Psychiatric Association, Practice Guideline for Major Depressive Disorder in Adults, Disease definition, epidemiology, and natural history. *Am J Psychiatry* 150(Supp) 1993;150:2-4.
12. Katon W, Sullivan M. Depression and Chronic Medical Illness. *J Clin Psychiatry* 1990; 51:6 (suppl): 3-11.
13. Kessler RC, Frank RG. The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychol Med.* 1997;27:861-873.

14. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S. Lifetime and 12- month prevalence of DSM-III-R Psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8-19.
15. Knobf T. Physical and Psychologic Distress Associated With Adjuvant Chemotherapy in Women With Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology* 1986;4:678-684.
16. Lecrubier Y. The Burden of Depression and Anxiety in General Medicine. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (suppl 8): 4-11.
17. Lépine JP, Gastpar M, Mendlewicz J. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12:19-29.
18. Merrill S, Seeman T, Kasl S, Berkman L. Gender Differences in the Comparison of Self-Reported Disability and Performance Measures. *J of Gerontology* 1997;52A: 19-26.
19. Mills S, Sternberg S, Antonioli D, Carter D, Oberman H. *Diagnostic Surgical Pathology. The Breast Third Edition.* Editorial Lippincott Williams and Wilkins, 1999. Cap.9:319-383.
20. Mosconi P, Colozza M, Laurentiis M, Placido S, Maltoni M. Survival, quality of life and breast cancer. *Annals of Oncology* 2001;12 (suppl 3):15-19.
21. Nadelson C, Malkah T, Notman, Usdin G, Lewis M. *Psiquiatría en Medicina general. Alteraciones y enfermedades específicas de las mujeres.* Primera edición. Editorial Salvat 1983. Capítulo 21: 395-412. Barcelona España.
22. Oman D, Reed D, Ferrara A. Do Elderly Women Have More Physical Disability than Men Do?. *Am. J. of Epidemiology* 1999;150:834-842.
23. Ormel J, Vonkorff, Üstün T, Pini S, Korten A, Oldehinkel. Common Mental Disorders and Disability Across Cultures. *JAMA* 1994; 272:1741-1748.
24. Roila F, Cortesi E. Quality of life as a primary end point in oncology. *Annals of Oncology* 2001; 12 (suppl 3):3-6 .
25. Sartorius N. The Economic and Social Burden of Depression. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (suppl 15): 8-11.
26. Schoevers R, Geerlings m, Beekman T, Penninx J, deeg D, Jonker C, Tilburg V. Association of depression and gender with mortality in old age. *British J of Psychiatry* 2000; 175: 336-341.
27. Stoudemire A, Frank R, Hedemark N, Kamlet M, Blazer D. The Economic Burden of Depression. *General Hospital Psychiatry* 1986;8:387-394.
28. Sundby J. Are women disfavoured in the estimation of Disability Adjusted Life Years and the Global Burden of Disease?. *Scand J Public Healt* 1999;27:279-285.
29. Tylee A, Gastpar M, Lépine JP. DEPRES II (Depression Research in European Society II): a patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community. *Int Clin psychopharmacol* 1999;14:139-151.

30. Üstün TB, Sartorius N. Mental Illness in General Health Care, an international study. Chichester,UK: John Wiley & Sons;1995: 323-345.
31. Villaseñor Y. Manual de Oncología. Enfermedades de la mama. Primera edición. Editorial Interamericana 2001. Capitulo 43,45: 313-315, 345-359.
32. Vinokur AD, Caplan RD, Threat BA. Physical and Psychosocial functioning and adjustment to breast cancer: Long-term follo-up of a screening population. Cancer 1989; 63:394-405.
33. Wells K, Stewart A, Hays R, Burnam A, Rogers W, Daniels M, Berry S, Greenfield S, Ware J. The Functioning and Well-being of Depressed Patients. JAMA 1989; 262: 914-919.

ESTA TESTIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA