



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

TÍTULO:

Eficacia comparativa entre distintos antidepresivos en la percepción de calidad de vida, la experiencia sexual, depresión y su apego farmacológico en pacientes con esclerosis múltiple, tras dos años de tratamiento.

Proyecto de tesis para obtener el diploma en la especialidad en
Psiquiatría:

Dr. Pérez Vélez Martínez Manuel Alejandro

Asesor:

Dr. Davis Cooper Bribiesca

Investigador asociado:

Dra. Irma S. Corlay Noriega

Ciudad Universitaria, CDMX., Febrero 2017





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.

HOJA RECOLECTORA DE FIRMAS

DOCTORA

DIANA G. MENEZ DIAZ

JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION EN SALUD UMAE HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES CMN SIGLO XX

DOCTORA

IRMA S. CORLAY NORIEGA

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRIA

DOCTOR

DAVIS COOPER BRIBIESCA

ASESOR CLINICO DE PSIQUIATRIA, ADSCRITO AL SERVICIO DE
PSIQUIATRIA UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3601** con número de registro **13 CI 09 015 184** ante COFEPRIS
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI,
D.F. SUR

FECHA 26/04/2016

DR. DAVIS COOPER BRIBIESCA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Eficacia comparativa entre distintos antidepresivos en la percepción de la calidad de vida, la experiencia sexual, depresión y su apego farmacológico en pacientes con esclerosis múltiple, tras dos años de tratamiento.

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de Investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2016-3601-50

ATENTAMENTE

DR.(A). CARLOS FREDY CUEVAS GARCÍA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3601

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Agradecimientos y Dedicatorias

Quiero dedicar el presente trabajo antes que nada a Dios por permitirme culminar la especialización médica en psiquiatría.

A mi esposa Citlaly y a mi hijo Julián, porque sé el enorme sacrificio que hacen cada día para que yo cumpla un sueño, los Amo.

A mi familia de origen por su gran entusiasmo y confianza que me demuestran semana a semana.

A mi tía Socorro por su cariño y apoyo incondicional que me ha venido demostrando desde mi niñez.

A mis maestros que me han ayudado a formarme durante este sueño en especial a la Dra. Irma Corlay Noriega y al Dr. Felipe Vázquez Estupiñan, por ser una fuente de inspiración profesional y por sus grandes consejos.

A todos ellos muchas Gracias.

CONTENIDO

RESUMEN	6
CEDULA CIRELSIS	8
MARCO TEÓRICO.....	9
JUSTIFICACIÓN.....	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
OBJETIVOS	23
HIPOTESIS	23
SUJETOS, MATERIALES Y MÉTODOS.....	24
SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	25
INSTRUMENTOS.....	26
MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	29
RECURSOS HUMANOS Y FINANCIAMIENTO.....	30
RESULTADOS	31
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	42
DISCUSIÓN	43
CONCLUSIONES.....	45
BIBLIOGRAFIA	46
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:	48

RESUMEN

Titulo: Eficacia comparativa entre distintos antidepresivos en la percepción de calidad de vida, la experiencia sexual, depresión y su apego farmacológico en pacientes con esclerosis múltiple, tras dos años de tratamiento.

Antecedentes: La Esclerosis Múltiple (EM) es una de las enfermedades neurológicas más comunes en el mundo; en muchos países es una de las principales causas de discapacidad no-traumática en adultos jóvenes. Los pacientes con EM presentan diversas diversos síntomas neuropsiquiátricos, de los cuales no existe una clara fisiopatología que los explique, ocasionando dificultades al momento de establecer un tratamiento para ellos; dichos síntomas impactan de negativamente en la percepción de la calidad de vida y la función sexual, ya de por sí deteriorada. Aunque se han ensayado diversos tratamientos para los distintos tipos de síntomas neuropsiquiátricos, ninguno se posiciona claramente sobre otro al momento de realizar el manejo de los mismos, es por eso la necesidad de realizar más estudios enfocados en conocer el efecto en los síntomas neuropsiquiátricos que acompañan a la EM.

OBJETIVO: Conocer la eficacia que tienen los antidepresivos empleados en pacientes con EM en el grado de apego al tratamiento, calidad de vida y funcionamiento sexual.

MATERIALES Y MÉTODOS: Fue un estudio observacional, longitudinal retrospectivo y analítico. Se estudió a pacientes de la UMAE Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” Centro Médico Nacional Siglo XXI con EM, que recibieron psicofármacos durante dos años, se aplicó una evaluación inicial clinimétrica, según base de datos del servicio de psiquiatría de dicha unidad.

Se admitió a los pacientes con EM, que aceptaron participar y que acudieron a consulta en el periodo de estudio a los cuales se les realizó una nueva evaluación clinimétrica y entrevista psiquiátrica semiestructurada.

RESULTADOS: Debido a la gran pérdida de pacientes no se logró observar las diferencias en la eficacia de los antidepresivos. Más de 50%(n=13) de los pacientes persisten con un síndrome depresivo mayor de acuerdo a escala PHQ-9, el 55% (n= 13) de los pacientes cuentan con una disfunción sexual de acuerdo a escala de ASEX, el 50% de los pacientes tienen un puntaje de en la escala EIB compatible con una buena calidad de vida. Las modificaciones del tratamiento psiquiátrico podrían ser un factor que se asocie a una mejoría en el puntaje de las escalas anteriores aplicadas, incluyendo el EDSS.

CONCLUSIONES: Los pacientes con EM muestran un excelente apego al tratamiento farmacológico, sin embargo muestran deterioro en su calidad de vida, funcionamiento sexual, más de la mitad de los pacientes continúan mostrando síntomas afectivos a pesar del manejo psiquiátrico, por otro lado a aquellos a los que se les realizan modificaciones en su tratamiento farmacológico muestran mejores puntajes en las escalas aplicadas.

CEDULA DEL CIRELSIS

1.- Datos del Alumno	1.- Datos del Alumno
Apellido Paterno:	Pérez Vélez
Apellido Materno:	Martínez
Nombre:	Manuel Alejandro
Teléfono:	55 1263 3339
Universidad:	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad:	Facultad de Medicina
Carrera:	Curso de Especialización en Psiquiatría
No. De Cuenta:	513228234
2.- Datos del Asesor	2.- Datos del Asesor
Apellido Paterno:	Cooper
Apellido Materno:	Bribiesca
Nombre:	Davis
Apellido Paterno:	Corlay
Apellido Materno:	Noriega
Nombre:	Irma Sau-Yen
3.- Datos de la Tesis	3.- Datos de la Tesis
Título:	Eficacia comparativa entre distintos antidepresivos en la percepción de calidad de vida, la experiencia sexual, depresión y su apego farmacológico en pacientes con esclerosis múltiple, tras dos años de tratamiento.
No. De paginas:	
Año:	2017
Número de registro:	R-2016-3601-50

MARCO TEORICO

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad neurológica, crónica, inflamatoria, autoinmune y desmielinizante, que afecta el Sistema Nervioso Central (SNC). La EM lesiona los axones mielinizados en el SNC caracterizándose dichas lesiones se caracterizan por desmielinización y degeneración axonal, acompañada de un proceso de gliosis que afecta el cerebro, la medula espinal y nervios ópticos. Es una de las causas más comunes de discapacidad en adultos jóvenes (1), afectando aproximadamente a 2.1 millones de personas en el mundo (2). En nuestro país, el municipio de San Pedro Garza García en el estado de Nuevo León reporta la mayor prevalencia (30 por 100,000 hab.) dicho municipio cuenta con una población de 127,978 habitantes; en contraste con la región sur y centro del país, que cuenta con una prevalencia menor (7.5 por 100,000 hab.) con una incidencia de 1 caso por cada 100,000 habitantes, dicha discrepancia podría ser explicada por el infradiagnóstico, debido al menor acceso a los servicios sanitarios.(1-3).

Epidemiológicamente se presenta con una prevalencia de 2 a 3 veces más en mujeres que en hombres, presentándose típicamente en adultos jóvenes entre los 20 a 45 años, siendo ocasional la presencia en niños o adultos mayores, con predominio en la población caucásica.

La etiología de esta enfermedad es desconocida, sin embargo, se sabe que involucra una compleja combinación entre susceptibilidad genética y factores no-genéticos desencadenantes, tales como virus, factores metabólicos o ambientales,

que cuando llegan a conjuntarse desencadenan una respuesta autoinmune que genera ataques autoinmunes recurrentes en contra del SNC.

Bajo el punto de vista de la genética, el primer factor genético relacionado a la EM fue el locus del antígeno leucocitario humano (HLA) en 1970; este locus se encuentra localizado en el brazo corto del cromosoma 6, en la región denominada complejo mayor de histocompatibilidad. Los genes localizados dentro de esta región codifican la síntesis de glicoproteínas altamente poliméricas de la superficie celular, las cuales son un componente clave del sistema inmunológico. Desde este primer descubrimiento, se han realizado un gran número de investigaciones para comprender como funciona este mecanismo. En la actualidad, queda claro que el HLA por sí mismo no puede explicar todo el componente genético de la EM; más aún, diferencias en la carga genética o el sexo que se han reportado en diversos estudios resaltando la complejidad de cómo el locus del HLA ejerce su influencia en esta patología.

Las nueva herramientas en la genética desarrolladas en las últimas décadas confirman la asociación del HLA clase II haplotipo DRB1*15:01-DQA1*01:02-DQB1*06:02 con la EM, sin embargo, más factores genéticos deben ser descubiertos, esta idea ha hecho que los investigadores se enfoquen en realizar estudios para localizar factores genéticos no relacionados con el HLA. En el futuro, hablaremos de los paneles genéticos de la EM, los cuales contendrán alrededor de 100-150 genes, sin embargo, con esta información solo logrará cubrirse solo una parte del componente genético de esta enfermedad. Los estudios de factores epigenéticos, modificaciones postranscripcionales, los cuales son de algún modo

el vínculo entre la carga genética, el medio ambiente y el estilo de vida son uno de los principales retos de investigación en la siguiente década. Del mismo modo, estudios de GWAS se encuentran en proceso actualmente, los cuales en años próximos podrán descubrir nuevos genes candidatos, no solo relacionados con el riesgo, sino también con la evolución de la enfermedad y la respuesta a tratamiento.

En cuanto a los factores ambientales, se reporta en un meta-análisis, de 13 estudios, que la exposición a solventes orgánicos se asocia con el incremento del riesgo de desarrollar EM; el riesgo relativo estimado, en los individuos expuestos, es de 1.7 a 2.6. En pacientes con historial de exposición a solventes u otros químicos tóxicos, se observó que, un proceso de desintoxicación, puede ayudar a retardar e incluso revertir el proceso de enfermedad. (2) En cuanto a los factores dietéticos, una dieta baja en ingesta de grasas saturadas, rica en vegetales, granos y frutos antioxidantes, aceites de pescado y omegas, así como baja en cafeína, así como la disminución del consumo de alcohol y cesar el consumo de tabaco; en pacientes en etapas tempranas de la EM la frecuencia y severidad de los periodos de exacerbación de la enfermedad se ve reducida, presentando un mejor pronóstico a largo plazo, con solo un 8% de los pacientes que presentan deterioro durante un periodo de seguimiento de 3.6 años, en contraste con un 65% que se deterioran en el mismo periodo de tiempo si no se apegan a esta dieta; las recaídas se presentan progresivamente con menos severidad y menos prolongadas mientras los pacientes mantengan esta dieta y un gran número de pacientes reportan una disminución en la fatiga después de 2 a 3 años del

seguimiento dietético.(2)

Desde el punto de vista clínico, los pacientes con EM, se clasifican en 5 principales categorías basadas en el curso de la enfermedad:

1. **ESCLEROSIS MÚLTIPLE BENIGNA:** En estos caso, tras uno o dos cuadros agudos neurológicos, la recuperación es completa. Los pacientes no presenta deterioro progresivo a lo largo del tiempo y suelen presentar síntomas menos graves. Estos caso solo suelen identificarse cuando queda una pequeña secuela incapacitante permanente a los 10 o 15 años posterior al primer brote de EM.
2. **ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE – RECURRENTE:** Esta es la forma más común de la enfermedad, presentándose en aproximadamente el 85% de los pacientes con EM. Se caracteriza por periodos de exacerbación de síntomas neurológico y periodos de remisión. Especialmente en fases tempranas de la enfermedad los síntomas disminuyen o desaparecen espontáneamente en un periodo que puede durar de días a meses. Nuevas recaídas pueden aparecer en semanas o varios años y son imprevisibles. El cuadro clínico de las recaídas puede incluir los síntomas iniciales u otros nuevos, sin embargo estudios de resonancia magnética muestran que el daño al SNC puede continuar en estos pacientes incluso cuando los

síntomas han remitido. La mayoría de los pacientes manifiesta esta presentación clínica, y se sabe desde hace mucho tiempo que la EM “*nunca duerme*”, por lo que la importancia del tratamiento preventivo y de rehabilitación es muy grande.

3. **ESCLEROSIS MÚLTIPLE PROGRESIVA SECUNDARIA:** En muchos casos la enfermedad cambia al cabo de varios años y los síntomas comienzan a progresar lentamente con o sin recaídas sobreimpuestas, pero aun se desconoce bien la etiología o mecanismo de esta presentación clínica. Este tipo de presentación clínica puede presentarse en algunos pacientes con EM de tipo remitente – recurrente.

4. **ESCLEROSIS MÚLTIPLE PROGRESIVA PRIMARIA:** Afecta aproximadamente a solo un 10% de los pacientes con EM, presenta un avance crónico desde el principio, sin remisión de los síntomas; a menudo inicia con debilidad en las piernas, alteraciones en la marcha y en el funcionamiento vesical. Esta forma de EM es en general, más resistente al tratamiento farmacológico típicamente utilizado para esta enfermedad.

5. **ESCLEROSIS MÚLTIPLE PROGRESIVA – RECURRENTE:** Es una presentación rara, que afecta a menos del 5% de los pacientes con EM. Se

presenta de forma progresiva desde el inicio, con brotes intermitentes de exacerbaciones de la sintomatología neurológica a lo largo del tiempo, pero sin periodos de remisión.

En cuanto al diagnóstico de la EM, no existe una prueba certera para realizar el diagnóstico de esta enfermedad, el diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas, las evidencias y hallazgos en estudios de neuroimagen y en estudios laboratoriales y de cito e inmunohistoquímica de líquido cefalorraquídeo.(3)

Existen criterios establecidos para realizar el diagnóstico de EM, los criterios más comúnmente utilizados por los Neurólogos con los criterios de McDonald:

2010 Criterios de McDonald para el Diagnóstico de la EM
El diagnóstico de la EM requiere la eliminación de los diagnósticos más probables y diseminación demostrable de lesiones en tiempo y espacio.

Ataques Clínicos	Lesiones	Criterios adicionales para el diagnóstico
2 o más	Evidencia clínica objetiva de 2 o más lesiones ○ Evidencia clínica objetiva de 1 lesión con evidencia histórica razonable de un ataque anterior.	Ninguno. La evidencia clínica es suficiente. Otra evidencia es deseable pero debe ser consistente con la EM.
2 o más	Evidencia clínica objetiva de 1 lesión	Diseminación en espacio demostrada por > ≥ 1 lesión T2 en por lo menos dos áreas del SNC típicas de la EM (periventricular, juxtacortical, infratentorial, o médula espinal); ○ > Se espera otro ataque clínico que comprometa otro sitio diferente en el SNC
1	Evidencia clínica objetiva de 2 o más lesiones	Diseminación en tiempo demostrada por > Lesiones asintomáticas vistas con y sin contraste en cualquier momento; ○ > Una lesión nueva T2 y/o lesiones demostradas con contrastes en la RM de seguimiento sin importar el momento; ○ > Se espera un segundo ataque clínico
1	Evidencia clínica objetiva de 1 lesión	Diseminación en espacio demostrada por > ≥ 1 lesión T2 en por lo menos dos áreas del SNC típicas de la EM (periventricular, juxtacortical, infratentorial, o médula espinal); ○ > Se espera otro ataque clínico que comprometa otro sitio diferente en el SNC y Diseminación en tiempo demostrada por > Lesiones simultáneas asintomáticas vistas con y sin contraste en cualquier momento; ○ > Una lesión nueva T2 y/o lesiones demostradas con contrastes en la RM de seguimiento sin importar el momento; ○ > Se espera un segundo ataque clínico
0 (progresión desde el comienzo)		Un año de la progresión de la enfermedad (retrospectiva o prospectiva) y por lo menos 2 de estos 3 criterios: > Diseminación en espacio en el cerebro basada en ≥ 1 lesión T2 en las regiones periventricular, juxtacortical o infratentorial; > Diseminación en espacio en la médula espinal basada en ≥ 2 lesiones T2; ○ > LCR positivo

Abreviaciones: LCR - Líquido Cefalorraquídeo; RM- Resonancia Magnética; SNC- Sistema Nervioso Central

Estos criterios hacen uso de los avances en las técnicas de resonancia magnética para poder realizar diagnósticos en etapas más tempranas y por lo tanto ofrecer

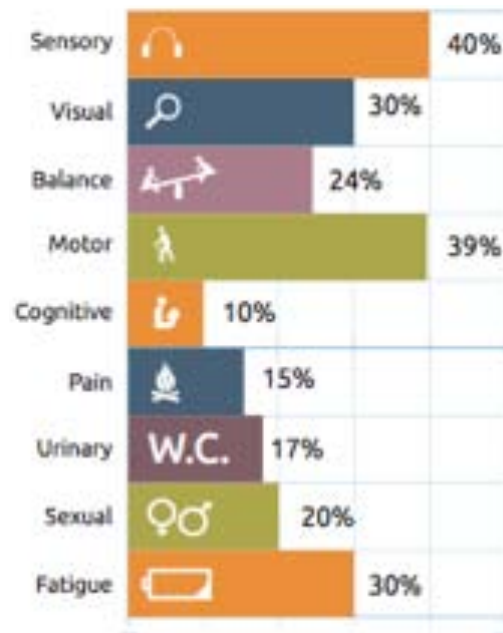
tratamiento y apoyo de forma más oportuna

Desde el punto de vista clínico, el curso de la EM es altamente variable e impredecible; en la mayoría de los pacientes, la enfermedad se caracteriza inicialmente por un episodio de déficit neurológico reversible, el cual es, en la mayoría de los casos, seguido por un deterioro neurológico progresivo. Las manifestaciones iniciales más comunes incluyen parestesias, diplopía, amaurosis, paresias o debilidad en extremidades, disfunción intestinal o vesical, espasticidad, ataxia, fatiga y alteraciones mentales. Más del 30% de los pacientes presentan espasticidad de moderada a severa, predominantemente en extremidades inferiores; una de las manifestaciones más comunes de la EM es la parestesia que afecta una pierna y se propaga hacia la otra pierna, asciende hacia la pelvis, abdomen o tórax; generalmente las alteraciones sensitivas suelen remitir, sin embargo en algunas ocasiones evolucionan hacia un dolor neuropático crónico; también puede presentarse neuralgia del trigémino. Otro signo de presentación muy común en la EM es la neuritis óptica caracterizada por una pérdida parcial o total de la visión.

La disfunción vesical se presenta en más del 90% de los pacientes con EM, con frecuentes episodios de incontinencia urinaria en un tercio de los pacientes con EM(4). Al menos 30% de los pacientes presentan constipación. La fatiga se presenta en aproximadamente el 90% de los pacientes, es uno de los síntomas más comunes y más relacionados con la discapacidad laboral de los pacientes con EM. El desempeño de las funciones sexuales también presenta de forma

frecuente alteraciones. En la literatura se reporta que de los pacientes con EM, únicamente el 2.2% de los pacientes han expuesto alguna vez sus problemas o dudas sobre su sexualidad con su médico tratante. Aproximadamente el 70.1% de los pacientes refieren tener una vida sexual activa, dentro de esta población, por lo menos un 82.5% presentan algún tipo de disfunción sexual; deseo sexual hipoactivo, se presenta más frecuentemente, con una prevalencia de 57.7%, disminución en la sensibilidad del área genital se presenta en un 45.2% y la disfunción en el orgasmo se presenta en un 39.8%, siendo esta afecciones las más comúnmente reportadas. (5)

En una encuesta realizada en el 2013 por la Multiple Sclerosis International Federation en varios países del mundo, se documento la siguiente incidencia de sintomatología referida por los pacientes con EM:



Tanto neurólogos como los psiquiatras reconocen, desde hace mucho tiempo, que es frecuente la comorbilidad de padecimientos o síntomas psiquiátricos dentro del

contexto de enfermedades neurológicas, ya que las disfunciones cerebrales de enfermedades neurológicas que provocan síntomas como convulsiones, alteraciones en el movimiento, el habla, la sensibilidad o el lenguaje, también afecta áreas del cerebro que regulan el ánimo, las emociones, la cognición y la percepción. Mientras las causas y enfermedad de base que afecta al cerebro, son frecuentemente, difícil de tratar, existe cada vez más evidencia emergente, de que los síntomas psiquiátricos secundarios a enfermedades neurológicas responden, en la mayoría de los casos, favorablemente a los tratamientos existentes, tanto farmacológicos, como a medidas no farmacológicas (6).

Aunque en la mayoría de los estudios y encuestas, los pacientes y personal médico relacionado con la atención de los pacientes con EM reportan escasamente la presencia de síntomas neuropsiquiátricos, se ha demostrado en la literatura que las alteraciones psiquiátricas y neropsiquiátricas se pueden presentar en los pacientes con EM desde etapas muy tempranas de la enfermedad, siendo estas manifestaciones, frecuentemente pasadas por alto, pero impactando significativamente en la funcionalidad y calidad de vida del paciente con EM.

Las EM se asocia con diversas manifestaciones psiquiátricas, siendo las más frecuentes, las alteraciones del estado de ánimo, el comportamiento, la personalidad y la personalidad; lo que dificulta el diagnóstico, especialmente al inicio de la enfermedad, ya que los primeros episodios de EM pueden ser confundidos con enfermedades puramente psiquiátricas. Se refiere en la literatura

que los pacientes con EM son de 2 a 3 veces más susceptibles de presentar manifestaciones neuropsiquiátricas durante la evolución clínica de la enfermedad, sin embargo, la mayoría de los pacientes no reciben tratamiento específico para estas manifestaciones.

Una de las principales alteraciones psiquiátricas en los pacientes con EM, son las alteraciones en el estado de ánimo, debido a que impacta de forma directa sobre la calidad de vida de los pacientes y se asocia en gran medida con el aumento de la tasa de riesgo suicida en los pacientes. En la literatura médica se reporta que existe mayor riesgo suicida en los pacientes con EM en comparación con otras enfermedades neurológicas y en comparación con la población general.(6)

Los principales factores predictores del riesgo suicida en los pacientes con EM son: consumo de alcohol con patrón de abuso, aislamiento social y los cuadros depresivos. (7) Más de la mitad de estos pacientes cumplen con criterios para depresión de acuerdo a la de Beck, exhibiendo claramente mayor prevalencia que los individuos sanos, diversos síntomas acompañan a la depresión como una disminución del deseo, de la función eréctil y de la satisfacción sexual en los hombres así como presencia de disminución del orgasmo en las mujeres. (8)

Las alteraciones en el afecto en los pacientes con esclerosis fueron descritos desde 1877 por Charcot, siendo la depresión el síntoma psiquiátrico, siendo la depresión el más común la cual no se explica necesariamente con el impacto de conocer el diagnóstico o su cronicidad; el trastorno bipolar no es común pero su

coexistencia esta bien documentada. La relación entre ambos trastornos con la esclerosis múltiple no está completamente entendida. (9,10) Por lo tanto la depresión en la esclerosis múltiple contrasta con la de otras enfermedades crónicas y la de la población general, sugiriendo otra fisiopatología. (11)

JUSTIFICACION

La Esclerosis Múltiple (EM) es una de las enfermedades neurológicas más comunes en el mundo; en muchos países es una de las principales causas de discapacidad no-traumática en adultos jóvenes. Mientras algunos pacientes con EM presentan una discapacidad leve a lo largo de su vida, alrededor del 60% va a presentar dificultades para la deambulaci3n sin asistencia en los 20 a3os posterior al inicio de la enfermedad. Esto representa implicaciones mayores en la calidad de vida de las personas con EM, sus familiares, amigos y para los costos de salud si su condici3n no es manejada de forma adecuada.

La incidencia mundial de EM ha incrementado de 2.1 millones en el 2008 a 2.3 millones en el 2013, con una prevalencia media global que ha incrementado de 30 (2008) a 33 (2013) por 100 mil habitantes.

Las presentaciones clínicas de esta enfermedad pueden ser muy variadas, incluyendo la correlaci3n con múltiples patologías psiquiátricas, que afectan principalmente el afecto, la conducta, la cognici3n y la personalidad, estos sntomas se presentan frecuentemente durante la evoluci3n de la enfermedad, sin

embargo estos síntomas son frecuentemente poco explorados, en parte por el abandono parcial del área de la neuropsiquiatría, la cual representa un campo entrelazado entre la neurología y la psiquiatría, sin embargo la valoración y detección de la sintomatología neuropsiquiátrica puede dificultarse debido a que muchos síntomas como alteraciones del sueño, fatiga, apatía, entre otros, pueden traslaparse con los presentados en la enfermedad de base (EM); lo que hace necesario una evaluación clínica minuciosa y la pericia del psiquiatra para identificar de forma temprana y oportuna las manifestaciones neuropsiquiátricas desde el momento de su inicio, lo cuál mejora significativamente el pronóstico y funcionalidad de los pacientes con EM, debido a que las alteraciones neuropsiquiátricas se asocian con un incremento en la discapacidad y rápida progresión de la EM. (12)

En general, las manifestaciones psiquiátricas en los pacientes con EM se presentan a lo largo del curso de la enfermedad, en la mayoría de los casos solo con exacerbación sintomática durante los brotes de EM, sin embargo algunos pacientes pueden presentar síntomas psiquiátricos de forma recurrente.(13) En solo el 1% de los casos los pacientes presentan manifestaciones psiquiátricas en el primer brote de EM.(9)

Del mismo modo, dentro de las alteraciones neuropsiquiátricas, tres síntomas, que se presentan frecuentemente en la EM son: la depresión, la bella indiferencia y la moria; existiendo la posibilidad, de presentar también, labilidad emocional, demencia, euforia, cambios en la personalidad y raramente cuadros psicóticos (14,

15)

Las manifestaciones neuropsiquiátricas en los pacientes con EM se presentan de forma secundaria a la presencia de lesiones desmielinizantes en el lóbulo temporal, mediante una fisiopatología poco esclarecida, pero involucrando las funciones localizadas en esta región cerebral, como son: control del lenguaje, memoria y emociones; así mismo, las lesiones en esta región cerebral puede causar alucinaciones, alteraciones del pensamiento y del afecto, euforia, irritabilidad y déficit cognositivo.

Aunque la EM es clásicamente considerada una enfermedad que afecta predominantemente la sustancia blanca en el cerebro, se ha confirmado por estudios de patología que existe también afección a la sustancia gris del cerebro durante el proceso patogénico de la enfermedad. En los últimos años las alteraciones cognitivas han sido reconocidas como uno de los síntomas más importantes de la EM, llegando a afectar aproximadamente al 65% de los pacientes. El déficit cognositivo comprende alteraciones en los procesos de memoria, velocidad de procesamiento mental, atención y funciones ejecutivas; y el déficit en estas funciones puede presentarse desde las etapas más tempranas de la enfermedad, y tienden a empeorar a lo largo de la evolución de la enfermedad, produciendo una discapacidad significativa en el desempeño en el trabajo y en casa, a pesar de presentar discapacidades físicas mínimas. Se ha demostrado que existe una correlación moderada del proceso de desmielinización de la sustancia blanca con el déficit cognositivo, lo que sugiere que las alteraciones en

la sustancia blanca no pueden explicar por completo la variedad y extensión de las manifestaciones clínicas en la EM, incluyendo el déficit cognositivo. (14, 15). Episodios abruptos de déficits neurológicos, que duran algunos segundos o minutos, que se repiten a menudo a lo largo del día, son un síntoma ocasional, pero bien reconocido como parte del cuadro clínico de la EM, sin embargo se puede diagnosticar de forma errónea como un trastorno conversivo, retrasando el diagnóstico y tratamiento oportuno en los pacientes con EM.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pacientes con esclerosis múltiple presentan diversas diversos síntomas neuropsiquiátricos, de los cuales no existe una clara fitopatología que explique a los mismos, lo que ocasiona dificultades al momento de establece un tratamiento para los mismos, así mismo dichos síntomas impactan de manera negativa en la percepción de la calidad de vida y la función sexual, de estos pacientes ya de por sí deteriorada(16,17). Aunque se han ensayado diversos tratamientos para los distintos tipos de síntomas neuropsiquiátricos, ninguno se posiciona claramente sobre otro al momento de realizar el manejo de los mismos, es por eso la necesidad de realizar más estudios enfocados en conocer el efecto en los síntomas neuropsiquiátricos que acompañan a la esclerosis múltiple.

OBJETIVOS

Objetivos generales

1.- Conocer la eficacia que tienen los antidepresivos empleados en pacientes con esclerosis múltiple en el grado de apego al tratamiento y calidad de vida.

Objetivos específicos

1. Conocer que impacto tienen los trastornos neuropsiquiátricos sobre la percepción de la calidad de vida de los pacientes con Esclerosis múltiple.
1. Conocer el grado de apego al tratamiento psicofarmacológico.
2. Conocer la eficacia que tienen distintos antidepresivos en la disfunción sexual en pacientes con esclerosis múltiple, tras dos años de uso.

HIPOTESIS

Los antidepresivos tienen un impacto positivo sobre la depresión, la percepción de calidad de vida y mejoramiento de la disfunción sexual al mejorar la depresión, por lo que deberían de mejorar en relación a sus puntajes de clinimetría previa.

METODOLOGIA

Tipo de estudio

Se realizó un estudio analítico y descriptivo, longitudinal, observacional retrospectivo.

Universo del estudio

Se incluyeron pacientes de la consulta externa adscritos al servicio de neurología de la UMAE “Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” Centro Médico Nacional Siglo XXI que contaran con diagnóstico de Esclerosis Múltiple, y que hayan sido evaluados hace dos años de acuerdo a una base de datos del servicio de psiquiatría.

Tamaño de la muestra

Se incluyeron a todos los pacientes con el diagnóstico de Esclerosis Múltiple, que se encontraron reportados en la base de datos interna, que aceptaron participar en el estudio y firmaron la carta de consentimiento informado y acudieron a consulta en el periodo de estudio a la UMAE Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” Centro Médico Nacional Siglo XXI.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Criterios de inclusión:

1. Pacientes con el diagnóstico de Esclerosis Múltiple previamente establecido de acuerdo a los criterios de McDonald por un neurólogo.
2. Hombres o mujeres de 18 a 65 años.
3. Que tuvieron una evaluación clínicométrica hace dos años por psiquiatras y que se encontraron en la base de datos interna del servicio de psiquiatría.
4. Que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado

Criterios de exclusión:

1. Pacientes que no aceptaron participar en el estudio o rechazaron firmar la carta de consentimiento informado.
2. Pacientes con deterioro neurológico grave que les impidió responder por sí mismos a la entrevista y/o clínicometría neuropsiquiátrica.

Criterios de eliminación:

1. Pacientes que no concluyeron la entrevista psiquiátrica y/o clínicométrica o bien decidieron abandonar el estudio.

INSTRUMENTOS

Se aplicaron los siguientes instrumentos clinimétricos:

1. MINI:

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado demostrando que el MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, y puede ser administrada en un periodo de tiempo breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos). La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

2. PHQ-9:

La escala PHQ-9 es un instrumento que no sólo permite realizar la pesquisa de pacientes con TD mediante una encuesta de autoevaluación sino que permite, además, definir la severidad de dicho cuadro⁽¹³⁾ y el seguimiento del tratamiento en los TD²⁸. Esto lo diferencia del instrumento actualmente en uso, que corresponde a algunos de los criterios del CIE-10, los que

deben ser posteriormente evaluados en una entrevista clínica. El instrumento PHQ-9 permite separar más finamente a los pacientes que cursan con episodios depresivos, mejorando, por tanto, la efectividad de la evaluación clínica psicopatológica del médico encargado del programa, quien actualmente debe evaluar muchos casos de falsos positivos.

Se usó la versión en español de la *escala de depresión PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)*², la cual consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) presentes en las últimas 2 semanas. Cada ítem tiene un índice de severidad correspondiente a: 0 = "nunca", 1 = "algunos días", 2 = "más de la mitad de los días" y 3 = "casi todos los días". Según los puntajes obtenidos en la escala, se obtiene la siguiente clasificación:

-*Síndrome depresivo mayor (SDM)*: presencia de 5 o más de los 9 síntomas depresivos con un índice de severidad de "más de la mitad de los días (≥ 2), y que uno de los síntomas sea ánimo depresivo o anhedonia.

-*Otro síndrome depresivo (OSD)*: presencia de dos, tres o cuatro síntomas depresivos por "más de la mitad de los días" (≥ 2), y que uno de los síntomas sea ánimo depresivo o anhedonia.

-*Síntomas depresivos positivos (SD+)*: presencia de al menos uno o dos de los síntomas depresivos, pero no alcanza a completar los criterios

anteriores.

- *Síntomas depresivos negativos (SD-)*: no presenta ningún criterio diagnóstico "más de la mitad de los días" (valores < 2).(19)

3. ASEX:

Escala de evaluación de la experiencia sexual de Arizona:

Esta es una escala diseñada para medir la disfunción sexual, es una escala breve, autoaplicable, que consta de 5 ítems que evalúan las siguientes 5 dimensiones: Motivación sexual, Arousal Psicológico, Arousal Fisiológico (erección o lubricación vaginal), facilidad para alcanzar el orgasmo y satisfacción con el orgasmo. Cada ítem es respondido con una escala de 5 opciones de respuesta, 1 (nula disfunción sexual) a 5 (máxima disfunción sexual).(17)

4. ESCALA DE INDICE DE BIENESTAR:

Es una escala que consta de 10 ítems, abarca los aspectos de afectos nivel de energía, satisfacción y adaptación a situación de vida actual, iniciativa y autonomía, cada ítem tiene un índice de severidad que oscila entre 0:Todo el tiempo, a 3:Nada de tiempo. Se utiliza para catalogar el nivel de bienestar de vida percibido por el paciente entre bueno, regular y malo.

5. MORISKY-GREEN Y TEST DE HAYNES-SACKETT:

Ambas escalas permiten evaluar el apego al tratamiento farmacológico, la primera de manera cualitativa el apego a un tratamiento farmacológico, en base a una serie de preguntas y la segunda en base a un porcentaje estimado de los días de apego, considerando el apego a este cuando se da en un 80 – 110 %.

METODO DE RECOLECCION DE DATOS

Procedimiento:

Se contactaron a los pacientes con esclerosis múltiple que acudieron a la consulta externa de neurología y posteriormente se localizaron en la base de datos interna del servicio de psiquiatría del Hospital de especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutierrez”. Posteriormente se les invitó a participar en el estudio y que cumplieron los criterios de inclusión, fueron evaluados mediante una entrevista psiquiátrica semiestructurada basada en el MINI y se evaluaron mediante las escalas de índice de bienestar de vida, PHQ-9, Escala de Experiencia Sexual de Arizona, Morisky-Green y Haynes-Sackett, para obtener los datos deseados, luego dichos resultados se compararon con los encontrados hace dos años cuando recién iniciaron el tratamiento psicofarmacológico y/o continuaron el neurológico.

RECURSOS HUMANOS Y FINANCIAMIENTO

Recursos humanos

1 Residente del 4º año de la especialidad de psiquiatría

1 Asesor teórico y 1 asesor metodológico

Recursos materiales

Lápices, fotocopias de cuestionarios clinimétricos, computadora con software de excel y SPSS.

Recursos financieros

Serán absorbidos por el investigador

RESULTADOS

La muestra total era de 142 pacientes, sin embargo dada la falta de información (no se realizó la segunda evaluación: alta, perdida de derechohabiencia) se obtuvo un total de 22 sujetos de los cuales el 68.1%(15) eran femeninos,

Género

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Femenino	14	63.6	66.7
	Masculino	7	31.8	33.3
	Total	21	95.5	100.0
Perdidos	Sistema	1	4.5	
Total		22	100.0	

el 31.8%(7) eran masculinos el 95.5% (21) tenían esclerosis múltiple tipo RR y el 4.5(1) tenían del tipo SP,

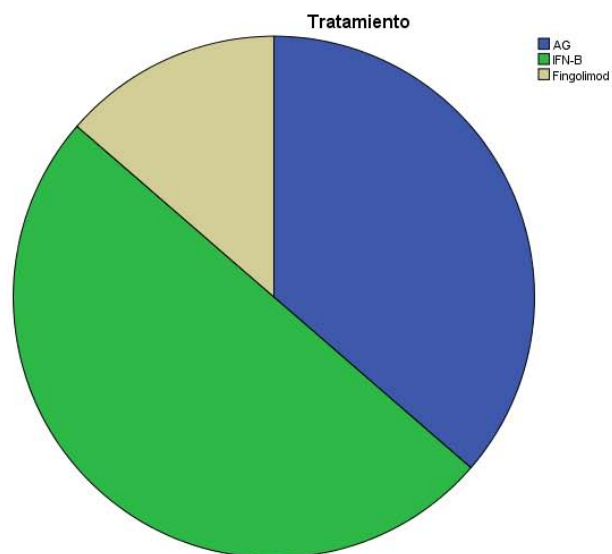
Tipo de Esclerosis Múltiple

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	R.R	21	95.5	95.5
	S.P	1	4.5	4.5
	Total	22	100.0	100.0

Los tratamientos que tenían en el 36.4% (8) eran a base de AG, el 50% (11) con IFN-B y 13.6% (3) de fingolimod.

Tratamiento

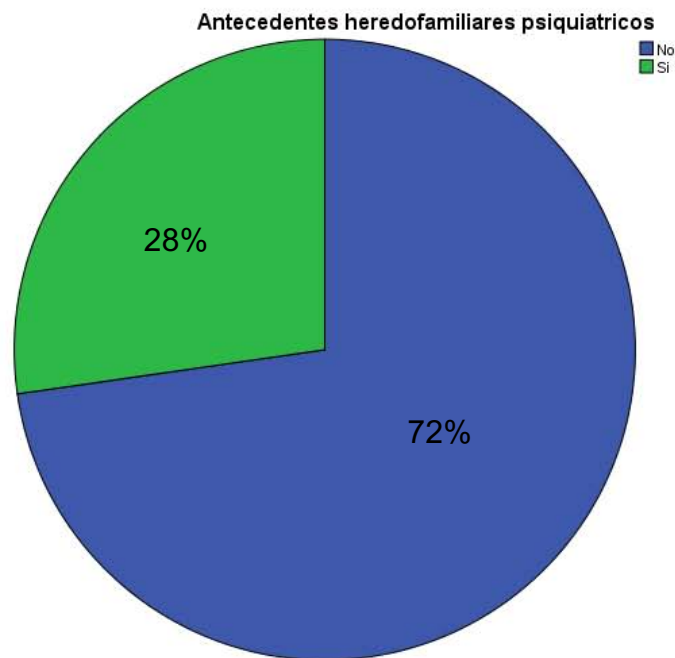
	Frecuencia	Porcentaje
AG	8	36.4
IFN-B	11	50.0
Fingolimod	3	13.6
Total	22	100.0



En la segunda medición no existieron cambios de tratamiento para esclerosis múltiple.

El 72.7% (16) tenían antecedentes familiares psiquiátricos en la primera medición y en la segunda medición solo el 4.5% (1) persistió con TAG, el 31.8 &(7) persistió con TDM y el 63.6%(14) no tenía diagnóstico psiquiátrico.

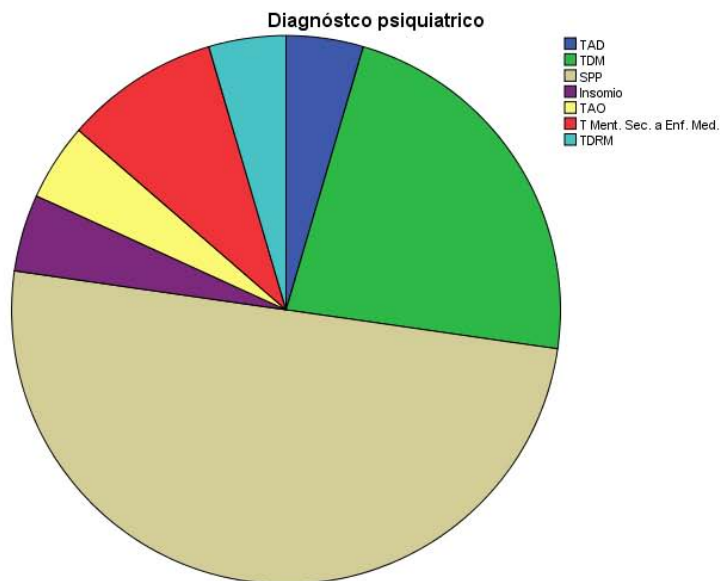
		Antecedentes heredofamiliares psiquiátricos		Total
		No	Si	
Género	Femenino	10	4	14
	Masculino	6	1	7
Total		16	5	21



Diagnóstico psiquiátrico (Segunda medición)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	TAD	1	4.5	4.5	4.5
	TDM	7	31.8	31.8	36.4
	No tiene	14	63.6	63.6	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

El 50% (11) se encontraban sin tratamiento el 18.2%(4) tenían como tratamiento un medicamento (clonazepam/fluoxetina) el 31.8% (7) tenía un tratamiento combinado (clonazepam/fluoxetina / fluoxetina /olanzapina). EL 27.3%(6) para la segunda medición modificaron tratamiento psiquiátrico.



Se realizó el Test de Morisky-Green y el 100% obtuvo un apego adecuado. En el Test de Hanny – Sackett el 95.5%(21) tuvo un apego del 100% y solo 4.5% (1) tuvo un apego de 85%.

Test Morisky-Green

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Adecuado	22	100.0	100.0	100.0

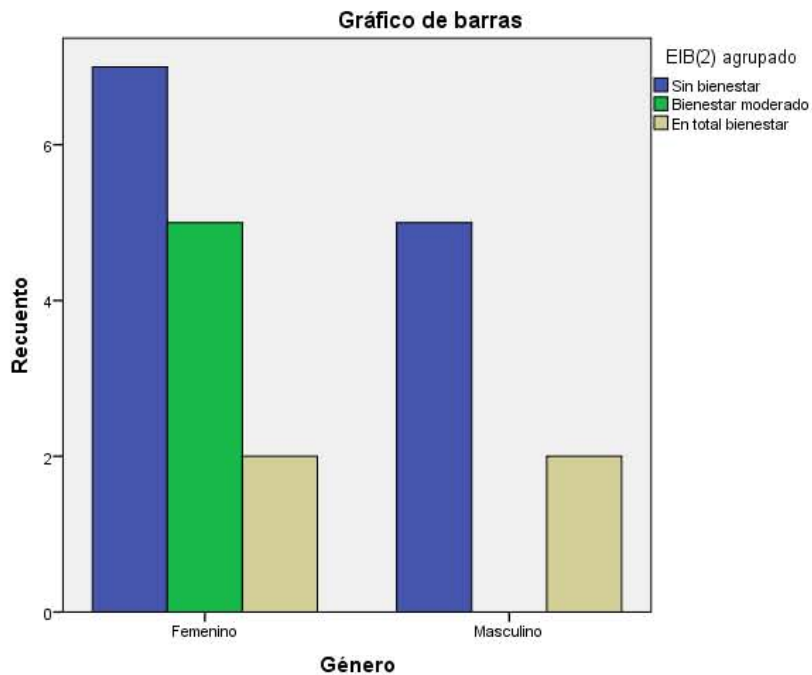
Test de Haney-Sackett

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 100%	21	95.5	95.5	95.5
85%	1	4.5	4.5	100.0
Total	22	100.0	100.0	

Para la escala de bienestar el 100%(22) refirieron estar sin bienestar, y en la segunda medición el 59.1%(13) refieren estar sin bienestar el 22.7% (5) refieren un bienestar moderado, y el 18.2%(4) refieren estar en total bienestar.

EIB(2) agrupado

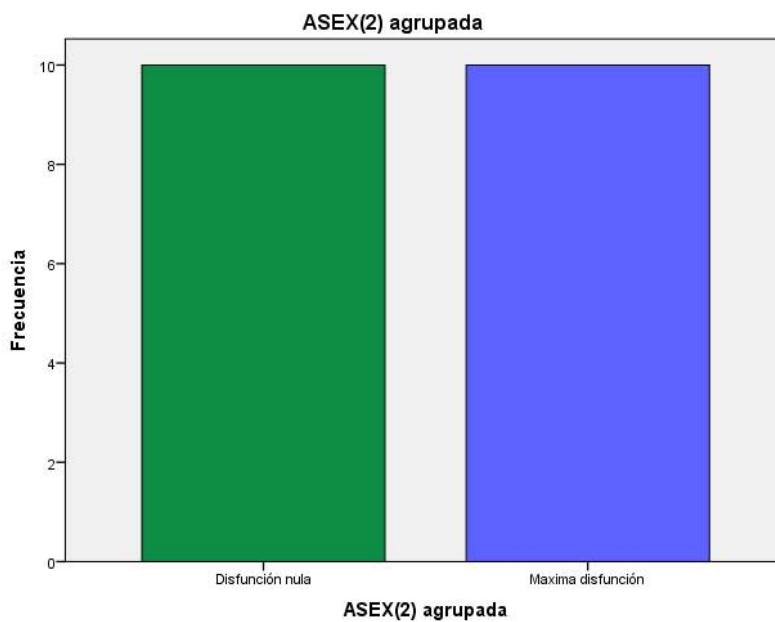
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin bienestar	13	59.1	59.1	59.1
	Bienestar moderado	5	22.7	22.7	81.8
	En total bienestar	4	18.2	18.2	100.0
	Total	22	100.0	100.0	



Para la escala de ASEX en la primera evaluación refieren disfunción nula el 100% (22) y en la segunda medición se observó que el 45.5% (10) tenían disfunción nula y el otro restante tenían máxima disfunción.

ASEX(2) agrupada

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Disfunción nula	10	45.5	50.0	50.0
	Maxima disfunción	10	45.5	50.0	100.0
	Total	20	90.9	100.0	
Perdidos	Sistema	2	9.1		
Total		22	100.0		

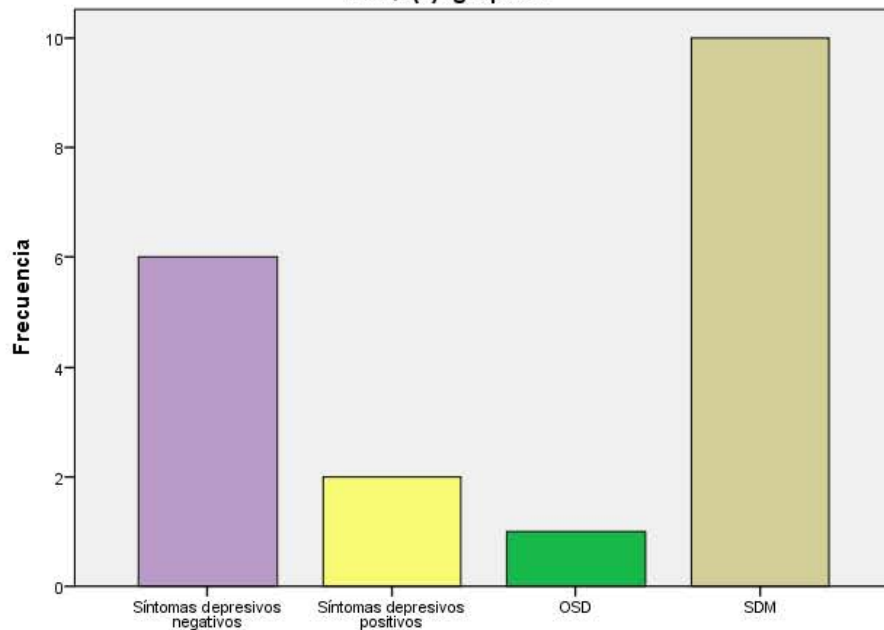


Para la escala PHQ-9 en la primera medición el 27.3%(6) tienen síntomas depresivos negativos, el 9.1%(2) tienen síntomas depresivos positivos, el 4.5%(1) tienen OSD y el 45.5%(10) tienen SDM.

PHQ9(1)agrupada

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Síntomas depresivos negativos	6	27.3	31.6	31.6
	Síntomas depresivos positivos	2	9.1	10.5	42.1
	OSD	1	4.5	5.3	47.4
	SDM	10	45.5	52.6	100.0
	Total	19	86.4	100.0	
Perdidos	Sistema	3	13.6		
Total		22	100.0		

PHQ9(1)agrupada

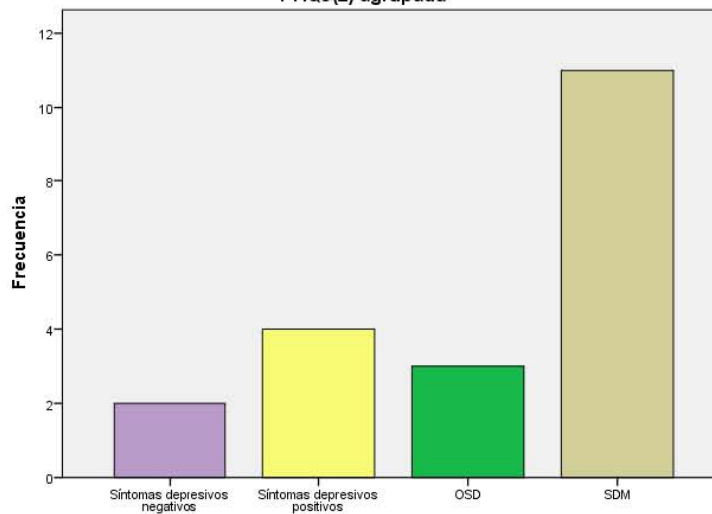


Para la segunda medición se observó que el 9.1% (2) tienen síntomas depresivos negativos, el 18.2%(4) tiene síntomas positivos, el 13.6%(3) tienen OSD y el 50% (11) tienen SDM.

PHQ9(2) agrupada

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Síntomas depresivos negativos	2	9.1	10.0	10.0
	Síntomas depresivos positivos	4	18.2	20.0	30.0
	OSD	3	13.6	15.0	45.0
	SDM	11	50.0	55.0	100.0
	Total	20	90.9	100.0	
Perdidos	Sistema	2	9.1		
Total		22	100.0		

PHQ9(2) agrupada



Al realizar la valoración con Wilcoxon se observó que tenía un valor significativo el haber modificado el tratamiento psiquiátrico , la escala de bienestar, la escala de sexualidad y la escala de EDSS (dado que los valores de Z en estas escalas son negativos nos sugiere que son factores protectores)

Se realizó la comparación entre género y PHQ-9 sin embargo no se encontró asociación, χ^2 de 0.95% y valor de p de 0.817, en la primera medición y en la segunda tampoco salió significativa y valor de chi 2 de 5.472 y valor p de 0.151.

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

		Rangos		
		N	Rango promedio	Suma de rangos
Modifico tratamiento para EM 1.Si 2.No - Modifico tratamiento Psiq. 0. Sin tratamiento1.Si2.No	Rangos negativos	0 ^a	.00	.00
	Rangos positivos	19 ^b	10.00	190.00
	Empates	3 ^c		
	Total	22		
PHQ9(2) agrupada - PHQ9(1)agrupada	Rangos negativos	1 ^d	2.00	2.00
	Rangos positivos	4 ^e	3.25	13.00
	Empates	13 ^f		
	Total	18		
EIB(2) agrupado - EIB(1) agrupada	Rangos negativos	0 ^g	.00	.00
	Rangos positivos	9 ^h	5.00	45.00
	Empates	13 ⁱ		
	Total	22		
ASEX(2) agrupada - ASEX (1) agrupada	Rangos negativos	0 ^j	.00	.00
	Rangos positivos	10 ^k	5.50	55.00
	Empates	10 ^l		
	Total	20		
EDSS ACTUAL - EDSS BASAL	Rangos negativos	1 ^m	4.50	4.50
	Rangos positivos	13 ⁿ	7.73	100.50
	Empates	8 ^o		
	Total	22		

- a. Modifico tratamiento para EM 1.Si 2.No < Modifico tratamiento Psiq. 0. Sin tratamiento1. Si2.No
- b. Modifico tratamiento para EM 1.Si 2.No > Modifico tratamiento Psiq. 0. Sin tratamiento1. Si2.No
- c. Modifico tratamiento para EM 1.Si 2.No = Modifico tratamiento Psiq. 0. Sin tratamiento1. Si2.No
- d. PHQ9(2) agrupada < PHQ9(1)agrupada
- e. PHQ9(2) agrupada > PHQ9(1)agrupada
- f. PHQ9(2) agrupada = PHQ9(1)agrupada
- g. EIB(2) agrupado < EIB(1) agrupada
- h. EIB(2) agrupado > EIB(1) agrupada
- i. EIB(2) agrupado = EIB(1) agrupada
- j. ASEX(2) agrupada < ASEX(1) agrupada
- k. ASEX(2) agrupada > ASEX(1) agrupada
- l. ASEX(2) agrupada = ASEX(1) agrupada
- m. EDSS ACTUAL < EDSS BASAL
- n. EDSS ACTUAL > EDSS BASAL
- o. EDSS ACTUAL = EDSS BASAL

También se realizó la valoración de genero con la escala de bienestar sin embargo no existe significancia estadística en la primera medición ni en la segunda medición.

Se hizo igualmente valoración de género en relación con escala de sexualidad y en ambas no sale significativo.

Se hizo la asociación entre las escalas de PHQ-9 con la presencia de tratamiento psiquiátrico. Sin embargo no salió significativo.

Se hizo la asociación entre el tratamiento psiquiátrico y la escala de bienestar sin embargo también no existe asociación en ninguna de las dos mediciones.

ANALISIS ESTADISTICO

Se elaboró la base de datos en Excel y se llevó a cabo la transferencia al Software Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), para el análisis estadístico de los resultados, se utilizó estadística descriptiva (media, promedio, desviación estándar), para evaluar el apego al tratamiento psicofarmacológico. Así como estadística analítica para evaluar el efecto de los distintos antidepresivos en relación a la percepción de calidad de vida; medido con el índice de bienestar de vida, a la depresión; medida con la escala PHQ-9 y sobre la función sexual; medido con la escala de la experiencia sexual de Arizona, empleando la prueba de t de Student para muestras relacionadas o apareadas. Además se realizó prueba con Wilcoxon para conocer si existía alguna asociación entre tratamiento psiquiátrico, la escala de bienestar, la escala de sexualidad y la escala de EDSS.

DISCUSION

Dentro de la literatura mundial, es bien sabido que existe una importante comorbilidad psiquiátrica en los pacientes portadores de Esclerosis Múltiple, sin embargo, existen pocos estudios realizados en la población mexicana que se hayan realizado con la intención de observar las diferencias que ocurren a lo largo del tiempo en relación a psicopatología en pacientes con Esclerosis Múltiple y como se modifican los puntajes en relación a la funcionalidad sexual, al índice de bienestar y a la depresión.

El presente estudio buscaba observar alguna asociación entre el uso de distintos antidepresivos en una muestra de pacientes previamente valorada sin embargo dicha asociación no se pudo concretar por la reducida cantidad de pacientes para la segunda medición, esto debido a que la mayoría de pacientes se perdieron; esto debido a la pérdida de la derechohabencia o haber sido enviados a un segundo nivel de atención.

Encontramos que los pacientes muestran un excelente apego al tratamiento farmacológico, esto contrasta con algunas otras enfermedades crónicas como la diabetes mellitus o la hipertensión arterial, podría ser esto explicado en parte porque los pacientes con esclerosis múltiple pueden sufrir más a corto plazo las consecuencias de las recaídas, situación que ocurre solo en etapas tardías de algunas enfermedades crónicas.

Encontramos también que existe una elevada frecuencia de pacientes que se encuentran sin bienestar, esto en parte se puede relacionar a la discapacidad física que llegan a tener estos pacientes repercutiendo directamente en sus actividades cotidianas.

En relación a la escala de satisfacción sexual, encontramos que más del 50% tienen algún grado de disfunción sexual, frecuentemente pasa desapercibido o no se explora de manera propositiva en las entrevistas médicas habituales, esto también se refleja en la literatura mundial escasa.

En relación a los datos de depresión, encontramos que el 50% continúan cursando con un síndrome depresivo mayor, llama la atención que la modificación del tratamiento psiquiátrico logro ser capaz de realizar modificaciones de manera positiva en relación a los puntajes del EDSS, ASEX, EIB y PHQ-9.

CONCLUSIONES

De los 22 pacientes valorados, el 100% de los pacientes tuvieron un buen apego al tratamiento farmacológico, lo que enfatiza que los tratamientos empleados en los pacientes logran un efecto de percepción de mejoría con ellos, y que de algún modo es mayor a los efectos adversos que se puedan llegar a presentar.

El 50% de los 22 pacientes cursan con una reducción del puntaje en la escala de bienestar, lo cual señala que a pesar del manejo farmacológico la satisfacción en su calidad de vida sigue siendo muy deficiente, siendo esta una área de oportunidad para la investigación de alguna intervención que pueda mejorar esta percepción.

El 50% de los 22 pacientes cursan con síntomas compatibles con un síndrome depresivo mayor a pesar del tratamiento psicofarmacológico, esto repercute directamente en la percepción de la calidad de vida de los pacientes y favorece mayor disfunción en los pacientes.

El 55% de los pacientes cursan con algún grado de disfunción sexual, al igual que la depresión repercute directamente en la calidad de vida de los pacientes, lo cual quiere decir que es un área que se debe abordar con mayor frecuencia en la atención médica rutinaria de estos pacientes.

Las modificaciones del tratamiento psiquiátrico se asociaron a modificaciones benéficas en la escala de índice de bienestar, escala PHQ-9, escala ASEX y en su EDSS.

CITAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Feinstein A. Multiple Sclerosis, Disease Modifying Treatments and Depression: A Critical Metodological Review. *Multiple Sclerosis*. Vol. 20, NO. 3. 89-95. 2010.
2. Rapini S, Choe T. The Genetics of Multiple Sclerosis: Review of Current and Emerging Candidates. *Annals of Medicine Genomic*. Vol. 01. pp. 02-07. 2013.
3. Feinstein. Esclerosis múltiple and neuropsychiatric symptoms. *Archives of Neurology* Vol. 70. 1230-39.2014.
4. M. Lew-Starowicz et al. Prevalence of Sexual Dysfunctions Among Women with Multiple Sclerosis. *Sex Disabil* (2013) 31:141–153
5. Feinstein A. Neuropsychiatric syndromes associated with multiple sclerosis. *J Neurol* 2007;254(Suppl 2):S73-S76.
6. Patten SB, Beck CA, Willians JVA, et al. Major depression in multiple sclerosis: a population based perspective. *Neurology* 2003;61: 1524-1527.
7. Gudiéne D, Burba B. Mental disorders and their relation to brain location: diagnostical problems. *Med* 2003;39:114-119.
8. Skegg K. Sclerosis presenting as a pure psychiatric disorder. *Psychol Med* 1993;23:909-914.
9. F. Patti, "Cognitive impairment in multiple sclerosis," *Multiple Sclerosis*, vol. 15, no. 1, pp. 2–8, 2009.
10. S. G. Lynch, B. A. Parmenter, and D. R. Denney, "The association between cognitive impairment and physical disability in multiple sclerosis," *Multiple Sclerosis*, vol. 11, no. 4, pp. 469–476, 2005.
11. M. Rovaris, G. Comi, and M. Filippi, "MRI markers of destructive pathology in multiple sclerosis-related cognitive dysfunction," *Journal of the Neurological Sciences*, vol. 245, no.

- 1-2, pp. 111–116, 2006.
12. M. Calabrese, F. Agosta, F. Rinaldi et al., “Cortical lesions and atrophy associated with cognitive impairment in relapsing- remitting multiple sclerosis,” *Archives of Neurology*, vol. 66, no. 9, pp. 1144–1150, 2009.
 13. R. Zivadinov, J. Sepcic, D. Nasuelli et al., “A longitudinal study of brain atrophy and cognitive disturbances in the early phase of relapsing-remitting multiple sclerosis,” *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 70, no. 6, pp. 773–780, 2001.
 14. Constatin G. et al. Psychiatric Manifestations of Neurologic Disease: Where are we Headed? Dialogues in Clin Neuroscie. Vol 9-2. 2007
 15. MO Melcon, CM Melcon¹, L Bartoloni¹, E Cristiano, JC Duran, AK Grzesiuk, YD Fragoso, JB Bidin Brooks, V Díaz, KM Romero García, et al. Towards establishing MS prevalence in Latin America and the Caribbean *Multiple Sclerosis Journal* 19(2) 145–152
 16. Lew-Starowicz M¹, Rola RJ. Correlates of sexual function in male and female patients with multiple sclerosis. *Sex Med.* 2014 Sep;11(9):2172-80.
 17. Sidhom Y, Ben Djebara M, Hizem Y, et al. Bipolar Disorder and Multiple Sclerosis: A Case Series. *Behavioural Neurology.* 2014;2014:536503.
 18. Depression in multiple sclerosis: a long-term longitudinal study. Koch MW, Patten S, Berzins S, Zhornitsky S, Greenfield J, Wall W, Metz LM. *Mult Scler.* 2015 Jan;21(1):76-82.
 19. Baader M Tomas, Molina F José Luis, Venezian B Silvia, Rojas C Carmen, Farías S Renata, Fierro-Freixenet Carlos et al . Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 50(1): 10-22.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION

Nombre del estudio: "Eficacia comparativa entre distintos antidepresivos en la percepción de calidad de vida, la experiencia sexual, depresión y su apego farmacológico en pacientes con esclerosis múltiple, tras dos años de tratamiento".

Lugar y Fecha: México D. F., a _____ de _____ del 20 ____ Número de registro:

Justificación: Las personas que desarrollan esclerosis múltiple, frecuentemente desarrollan síntomas de depresión, problemas sexuales y sienten que viven una menor calidad de vida; también se sabe que en ocasiones no se toman los medicamentos que se les recetan para algunos de estos síntomas como debe de ser.

El objetivo principal en esta investigación es saber que tanto se beneficiaron los pacientes con los diferentes antidepresivos que recibieron por parte de psiquiatría para los síntomas de depresión; tomando en cuenta que hace dos años empezamos a tratarlos. Deseamos saber también que tanto mejoraron en su vida sexual, en su calidad de vida y que tanto se apegaron al tratamiento que les indicaron.

Procedimiento: A los pacientes que se encuentren en tratamiento con esclerosis múltiple y que aparezcan en una base de datos interna del servicio de psiquiatría de CMN SXXI, en la cuál usted se encuentra dentro de ella por haber participado en una evaluación hace 2 años, se les realizará una entrevista psiquiátrica breve (Entrevista psiquiátrica semiestructurada MINI) y unos cuestionarios sobre la depresión (PHQ-9), la experiencia de vida sexual(ASEX, Escala de evaluación de la experiencia sexual de Arizona), la calidad de vida(Escala de índice de bienestar) y sobre el apego al tratamiento psiquiátrico(Apego al tratamiento farmacológico).

Posibles riesgos y molestias: Por ser un estudio epidemiológico, no se pondrá en riesgo su vida, funcionalidad y/o salud mental.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: se le evaluará y tratara oportunamente si encontramos un dato de alarma de la depresión u otras patologías psiquiátricas en caso de estar presentes.

Participación o retiro: Usted podrá decidir participar en el estudio y en cualquier momento retirar su consentimiento para participar sin que esto repercuta en su atención médica.

Privacidad y confidencialidad: Los datos obtenidos serán utilizados por el investigador para la realización de un estudio científico con la finalidad de obtener información que pueda ser aplicable a la ciencia médica. Se respetara con absoluta integridad el uso de sus datos personales de acuerdo a la ley DOF 05-07-2010, del IFAI vigente.

Beneficios al término del estudio: Al conocer con que antidepresivo se benefician más los pacientes con depresión y esclerosis múltiple se podrá realizar un tratamiento antidepresivo con mayor eficacia para los pacientes con estas dos características.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio, podrá dirigirse a:

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Dr. Manuel Alejandro Pérez Vélez Martínez. En CMN SXXI. TEL: 55 12 63 33 39

ASESOR: Dr. Davis Cooper Bribiesca. CMN SIGLO XXI, Tel: 55 54 09 05 43.

COLABORADOR ASOCIADO: Dra Irma Corlay Noriega. CMN SIGLO XXI Tel.55 14 51 71 67.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico:

comision.etica@imss.gob.mx

El investigador responsable, me ha informado que se me brindara toda la privacidad y confidencialidad de mi participación en el presente estudio:

Nombre y firma del participante

Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma