

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSIQUIATRA

CALIDAD DE VIDA Y TRASTORNO DEPRESIVO EN MUJERES DE LA
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY
BERNARDINO ÁLVAREZ

PRESENTA: NANCY KARINA PANIAGUA NAVARRETE

MÉDICO RESIDENTE DE CUARTO GRADO

ASESOR METODOLÓGICO: FERNANDO CORONA HERNÁNDEZ

ASESOR TEÓRICO: MIGUEL HERRERA ESTRELLA



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.

AGRADECIMIENTOS

Muchas han sido las personas que de manera directa o indirecta me han ayudado a realizar esta tesis. Es por esto, que quiero dejar constancia de todas ellas y agradecerles de la manera más sincera su participación y apoyo.

Mi máxima inspiración y soporte ha sido DIOS, esencial guía que me ha mantenido firme para alcanzar esta meta, sin permitirme rendir en algunas ocasiones difíciles.

Agradecimientos especiales a todos los pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, quienes son los mejores libros, personas que pese a graves problemas mentales y dolores emocionales, aceptaron participar en este estudio con el propósito de entender mejor esas enfermedades.

Definitivamente gracias a toda mi familia por estar siempre presente, por ayudarme a hacer todo esto más fácil, por sentir su apoyo incondicional en todo momento, especialmente a mis padres, hermano, y a dos personas que a lo largo de todo este tiempo, me han dado todo su amor, cariño, ternura, apoyo y me han llenado de consejos, que me han llevado hasta aquí. A estas personas tan especiales para mí, siéntanse correspondidas desde lo más profundo de mi corazón. Gracias por no dejarme caer, los quiero.

Gracias a todos los médicos que me enseñaron mucho a lo largo de mi especialidad, más que ser mis adscritos, fueron y serán siempre mis amigos, me llevo lo mejor de todos ustedes, sobre todo su enseñanza y conocimiento, gracias especialmente al doctor Fernando Corona Hernández, Miguel Herrera Estrella y Francisco Franco López, parte fundamental para el logro de esta tesis; y a la Dra. Ma. Esther Angélica González Guadarrama, que sin rendirse y con paciencia me ha llevado a ser una mejor persona día a día.

Por último, y no menos importante, no podía faltar el agradecimiento a todos mis compañeros y amigos, quienes también fueron una pieza clave e importante para poder alcanzar mis metas, estarán siempre conmigo.

A todos, gracias sinceras.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	PÁGINA 2
RESUMEN	PÁGINA 4
INTRODUCCIÓN	PÁGINA 5
MARCO TEÓRICO	PÁGINA 7
JUSTIFICACIÓN	PÁGINA 18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	PÁGINA 19
OBJETIVO GENERAL	PÁGINA 19
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PÁGINA 20
MATERIALES Y MÉTODOS	PÁGINA 20
CONSIDERACIONES ÉTICAS	PÁGINA 23
RESULTADOS	PÁGINA 23
DISCUSIÓN	PÁGINA 29
CONCLUSIONES	PÁGINA 32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	PÁGINA 32
ANEXOS	PÁGINA 36

RESUMEN

Introducción: se han realizado diversos estudios para conocer el impacto negativo de las condiciones no favorables en la Calidad de Vida (CV), lo cual ha motivado a varios investigadores a realizar estudios para determinar si una inadecuada CV puede influir o desencadenar alguna enfermedad psiquiátrica, en especial la presencia de un Trastorno Depresivo (TD), también llamado Depresión.

Pese a la alta frecuencia con que se presenta el TD en la población general en todo el mundo, y especialmente en los países subdesarrollados, mismos que se caracterizan por carecer de adecuadas condiciones en la CV, es preocupante que existan pocos estudios e investigaciones al respecto. Por ello, este estudio tiene el propósito de conocer el impacto y las consecuencias de una inadecuada CV y su relación con la severidad del TD.

Se formó un grupo de pacientes femeninos de la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con diagnóstico de Trastorno Depresivo de cualquier severidad, con o sin algún tipo de tratamiento. Se les aplicó la Escala de Calidad de Vida Euro Qol D-5 y la Escala de Hamilton para clasificación de la Depresión, para evaluar las dimensiones más importantes de la CV (funcionamiento social, físico y cognitivo, movilidad, cuidado personal, y bienestar emocional) y la severidad del TD respectivamente, relacionadas con la salud.

Entre los resultados, debe mencionarse que predominó el TD con una severidad correspondiente a Depresión Mayor. Así, como una relación directa entre la severidad del cuadro depresivo y la afectación de la Calidad de Vida, siendo de ésta el área de ansiedad/Depresión la más alterada.

INTRODUCCIÓN

Cada vez adquiere más importancia el estudio de la calidad de vida relacionada con diversas patologías médicas, sobre todo en aquellas que son crónicas y degenerativas debido a que por su carácter permanente, los pacientes que las padecen se ven obligados a cambiar de manera importante sus hábitos y estilos de vida.

Es muy común observar que desde que inicia una enfermedad crónica e incapacitante los pacientes presentan un desequilibrio físico, social y psicológico que se acompaña de ansiedad, miedo y desorientación.

Peor aún, conforme la patología se va tornando degenerativa, los cambios en la actividad física, laboral y social de los pacientes también se van tornando permanentes, lo cual suele durar durante toda la vida (32).

En el año 2002 se realizó un estudio en México, el cual valoró a más de 5,000 personas evaluando sus oportunidades de empleo, seguridad pública, servicios de salud, calidad del aire, servicios educativos, infraestructura urbana y áreas verdes entre otros. Esta investigación reportó un índice general de CV en el que Aguascalientes obtuvo el primer lugar y la Ciudad de México el último.

También se tiene el conocimiento de que el analfabetismo, la infraestructura sanitaria, las altas tasas de desempleo y violencia estaban directamente relacionadas con conductas de riesgo como el consumo de alcohol, tabaco y drogas, siendo estas una amenaza para la salud tanto a corto como a mediano plazo (30).

Todos estos datos que se reportan son de gran importancia, ya que al analizar la calidad de vida debemos incluir y tomar en cuenta a todo lo que rodea al individuo, no sólo debemos considerar la atención a nivel farmacológico sino también el establecer la reinserción social y rehabilitación del paciente.

Es por esto que conforme ha avanzado el tiempo, el estudio de la calidad de vida en personas deprimidas ha ido cobrando mayor importancia, ya que, la evaluación integral del paciente es sumamente importante.

Lo cual concuerda con todo lo analizado hasta el momento sobre la Depresión, identificándose la asociación entre una inadecuada CV, la presencia de esta enfermedad y viceversa, generando así un círculo vicioso, el cual favorece un mal pronóstico para el paciente, que generalmente va acompañado de disfunción que puede llegar a ser global.

CALIDAD DE VIDA Y TRASTORNO DEPRESIVO: en un estudio Rapaport aplicó la escala de CV “satisfacción y placer” a un grupo de individuos de ambos géneros, reportando que, de los que tenían un Trastorno Depresivo, el 85% mostraba una calidad de vida mucho menor en comparación con los que tenían otras patologías como Fobia Social y Trastornos de Ansiedad (23).

En otra investigación realizada en México, en una muestra de 313 individuos con diagnóstico de Depresión, se observó una CV disminuida sobretodo en aquellos que presentaban síntomas físicos. También valoraron la severidad de la Depresión relacionada con la CV y evaluaron a pacientes deprimidos con y sin síntomas físicos (25).

Como se observa, la CV poco a poco ha ido cobrando más importancia, sobretodo si se le relaciona al Trastorno Depresivo, ya que no basta sólo la remisión de los síntomas de esta enfermedad, sino que también, se debe buscar la reinserción social (23).

Si tomamos en cuenta todo lo anterior, se concluye que la Depresión es una enfermedad altamente frecuente en todo el mundo, que afecta a las personas sin distinguir entre género, edad, raza ni nivel socioeconómico.

Peor aún, debido a la pobre importancia que se le da a la Salud Mental, es muy común que esta patología pase desapercibida o que no se le de la importancia necesaria, lo cual genera cronicidad, asociándose a su vez con disfunción importante en la vida de las personas que la padecen.

Además, como se puede observar, la Depresión es una enfermedad de etiología multifactorial que consta no sólo de factores biológicos (internos), de alteraciones a nivel de los sistemas endócrino, inmunológico; así como de alteraciones celular, molecular y genética, sino también de factores psicosociales y medio ambientales (externos).

Esto nos permite abordar de manera más amplia a los pacientes deprimidos, además de tener un conocimiento más extenso respecto a las posibles causas de su enfermedad y así actuar de manera más certera y oportuna para lograr una mejor y más rápida respuesta a sus síntomas, acortar la evolución de su enfermedad y evitarles disfunciones y recaídas futuras.

MARCO TEÓRICO

I.- TRASTORNO DEPRESIVO

El Trastorno Depresivo (TD), conocido también como Depresión, involucra un estado de ánimo patológico durante la mayor parte del día de casi todos los días, persistente durante semanas o meses.

Este padecimiento está asociado a otros signos y síntomas tales como reducción de la energía, la actividad y la capacidad para disfrutar; así como del interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso tras un esfuerzo mínimo. Además, el sueño suele estar alterado y el apetito disminuido, la autoestima y la confianza casi siempre están reducidas e incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad.

El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas, puede acompañarse de los denominados síntomas “somáticos”, como son la pérdida de interés, de la capacidad de disfrutar, y el despertar precoz varias horas antes de la hora habitual.

Así mismo, se han descrito otros síntomas que incluyen empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de peso y disminución de la libido (1).

Todo esto ocasiona en las personas deprimidas, disfunción en el ámbito familiar, social, escolar y laboral, siendo ésta cada vez más severa conforme la enfermedad se va tornando crónica, y peor aún sin un diagnóstico oportuno, sin un tratamiento conveniente y sin una adecuada red de apoyo.

Hasta el momento se considera que el TD es uno de los trastornos más devastadores y que es el mayor problema concerniente a la salud mental pública tanto en México como en todo el mundo (3).

EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO DEPRESIVO A NIVEL MUNDIAL

En lo que respecta a este trastorno, en todos los estudios epidemiológicos nacionales e internacionales se ha encontrado que la prevalencia de la Depresión es mayor en mujeres que en hombres.

Por ejemplo el sistema PSE-ID-CATEGO (sistema internacional encargado de clasificar enfermedades mentales) realizó un análisis entre 1979 y 1990 en diferentes ciudades de Europa y corroboró la mayor prevalencia de Depresión en mujeres.

Datos del estudio realizado por el Epidemiologic Catchment Área (ECA) americano y datos españoles del grupo de Cantabria demostraron que la prevalencia de Depresión además de ser mayor en mujeres como ya ha sido comentado, fue más frecuente en el rango de 45 a 64 años de edad.

De acuerdo a investigaciones realizadas en el Área Epidemiológica de la Inspección Nacional de Comorbilidad, el 48% de la población americana adulta (entre 15 y 54 años de edad) han presentado en algún momento de su vida algún trastorno mental.

Dicho trastorno pudiera estar asociado con alteraciones en el bienestar, causadas por estresores o respuestas homeostáticas internas en respuesta a estímulos externos (16).

Algunos investigadores han calculado que más del 20% de la población mundial presentará algún Trastorno Afectivo que requerirá tratamiento médico en algún momento de su vida; y que en el 2020 la Depresión será la segunda causa que origine una vida poco saludable a nivel mundial y la primera en países desarrollados. De acuerdo al Informe Mundial Sobre la Salud del 2001, la prevalencia de Depresión a nivel mundial en hombres fue de 1.9% y de 3.2% en mujeres (3).

En Dubai se realizó un estudio que duró nueve meses, incluyó a 56 mujeres de entre 20 y 40 años de edad, pacientes del servicio de Psiquiatría de un hospital general, las cuales tenían diagnóstico de Depresión de acuerdo a criterios del CIE-10 y mostró que las pacientes sin alfabetización presentaban mayor número de síntomas de Depresión, además de las pacientes pertenecientes a la clase baja en comparación con las de las clases media y alta (29).

Se ha observado que el TD en mujeres (entre 18 y 44 años) es la causa más frecuente de incapacidad laboral. El riesgo de desarrollar Depresión puede ser mucho mayor en mujeres que están expuestas a más factores de riesgo como vivir en condiciones de pobreza, cuidar de hijos pequeños y ser madres solteras (17).

De manera global, se observa que las personas deprimidas generalmente provienen de familias disfuncionales, de nivel socioeconómico bajo, con analfabetismo o tienen antecedente durante alguna etapa de su vida de haberse expuesto a diversos estresores, circunstancias que a su vez empeoran cuando estos individuos desarrollan TD, creándose así un círculo vicioso que cada vez es más difícil de romper.

EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN MÉXICO

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del 2002 realizada en la población urbana de México de entre 18 y 65 años de edad, reportó que los Trastornos Afectivos, incluyendo a la Depresión, se ubicaban en tercer lugar de prevalencia alguna vez en la vida (9.1%), seguidos de los Trastornos de Ansiedad (14.3%) y los Trastornos por Uso de Sustancias (9.2%).

En los hombres menores de 40 años la prevalencia de Depresión fue del 1.6% y del 5% en adultos mayores. Otro dato importante encontrado fue que conforme incrementaba el nivel de escolaridad, disminuía la prevalencia de Depresión, siendo del 8% en individuos sin educación, contra el 2.1% en aquellos con educación superior o mayor (3).

Además un estudio realizado por la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) del 2002 al 2003 en 38,700 hogares (áreas rurales, urbanas y metropolitanas), mostró que la sintomatología compatible con Depresión en mujeres fue de 5.8% comparada con 2.5% en hombres. Incrementando la prevalencia de dicha patología en ambos géneros al aumentar la edad, siendo afectado el 4% de mujeres menores de 40 años y el 9.5% mayores de 60 años.

También se puede mencionar, que en México en el 2005 el Instituto de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) investigó a una población de más de 36 millones de mujeres. En este estudio se reportó que el 48.5% había presentado períodos de tristeza o Depresión y que el 4.4% había intentado suicidarse (18).

Sin embargo, es posible que estos datos no pudieran ser del todo fidedignos, ya que, por la cultura que se tiene en México, no todas las mujeres aceptan tales síntomas por miedo o ignorancia, o por el contrario, los consideran como algo normal.

La Encuesta Nacional de Epidemiología psiquiátrica (ENEP) realizó un estudio en México que abarcó de Diciembre del 2001 a Enero del 2002 y reportó que el 2% de la población mexicana (2 millones de personas) habían padecido un episodio de Depresión mayor antes de los 18 años de edad.

De toda la muestra que había presentado un episodio depresivo mayor alguna vez en su vida el 27.5% tuvo su primer episodio en la infancia o adolescencia; el 64% de aquellos con inicio temprano y el 41% con inicio en la edad adulta refirieron uno o más episodios de Depresión subsiguiente; los individuos con inicio temprano tuvieron 50% mayor probabilidad de haber cometido un intento de suicidio, en comparación con aquellos que iniciaron con Depresión en la edad adulta (4).

Hasta el momento no se sabe con certeza la causa de por qué las mujeres son dos veces más susceptibles que los hombres para desarrollar Depresión, sin embargo, se han sugerido algunos factores, que incluyen la situación menos privilegiada de las mujeres en la mayoría de las sociedades.

Otros factores, son los cambios hormonales que se presentan durante los ciclos menstruales (17). Parece ser que las circunstancias y el puesto de las mujeres en la sociedad dan lugar a una cierta vulnerabilidad para el padecimiento de Depresión.

Las variables sociodemográficas, las experiencias vitales estresantes y un apoyo social insuficiente se han considerado factores que contribuyen a la mayor incidencia de la Depresión; especialmente entre mujeres se ha referido a la discriminación social y a una situación socioeconómica desfavorecida como posibles factores que subyacen en el desarrollo de una indefensión adquirida y por ello de una mayor propensión a la Depresión en comparación con los hombres (29).

Es por todo lo anterior, que cada vez se requieren de más instrumentos que puedan ser utilizados uniformemente en todo el mundo y que sirvan como apoyo para medir la severidad de los síntomas depresivos.

ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO DEPRESIVO

Durante muchos años se tenía la creencia de que la etiología de la Depresión era únicamente neurobiológica y que se caracterizaba por alteraciones en el funcionamiento de los neurotransmisores o en sus receptores.

Sin embargo, con el paso del tiempo el conocimiento sobre la causa de esta patología ha incrementado, involucrando también como causantes a las alteraciones a nivel endocrino, a nivel del sistema inmunológico, además de alteración celular, molecular y genética, así como a los estresores ambientales externos.

A) NEUROTRANSMISORES INVOLUCRADOS EN LA ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO DEPRESIVO

- SEROTONINA

Aunque en la patogénesis de la Depresión se involucra a varios neurotransmisores, la serotonina (5-HT) ha sido la más estudiada. La 5-HT actúa sobre el estado de ánimo, la conducta, el movimiento, la apreciación del dolor, la

actividad sexual, el apetito, las secreciones endocrinas, las funciones cardiacas y el ciclo sueño-vigilia (13).

Se ha reportado en algunos estudios postmortem, la disminución de 5-HT en el tallo cerebral de pacientes suicidas; así como la disminución de serotonina en el putamen, en el hipotálamo y en el globus pallidus.

Además, del descenso en los niveles de su metabolito (ácido 5-hidroxi-indol-acético) en el núcleo accumbens, generando por consiguiente, menor síntesis de 5-HT, asociada a mayor riesgo de cuadros depresivos, riesgo suicida y pobre control de impulsos (21).

Se tiene documentado que la liberación de citocinas del tipo inflamatorio, interviene en el metabolismo de 5-HT, esto se demuestra en base a que estas sustancias activan la enzima indol-amina 2,3 dioxigenasa, la cual fragmenta la molécula de triptófano (precursor de la serotonina) en dos metabolitos.

Estos metabolitos tienen propiedades neurotóxicas, además de disminuir la concentración de 5-HT, lo cual explicaría el desarrollo de síntomas depresivos (20). Estudios postmortem de pacientes depresivos suicidas reportaron disminución de los receptores 5-HT_{1A} en el hipocampo, área de gran importancia para la función cognitiva.

También se ha documentado que los niveles de triptófano en el líquido cefalorraquídeo (LCR) son menores en pacientes con Depresión; este aminoácido esencial posee una función muy importante ya que como precursor de la 5-HT, ayuda a regular los niveles adecuados de esta última en el cerebro, mediante la retroalimentación negativa (21).

- NORADRENALINA

Otro neurotransmisor que interviene en la patogénesis de la Depresión es la noradrenalina (NA) que interviene en la vigilia y aumenta de manera importante en episodios de estrés.

Así contribuye a alertar al organismo lo necesario para sobrevivir, también tiene fuerte influencia sobre la conducta y la función mental. Se ha documentado disminución de los niveles de noradrenalina en personas deprimidas (13).

El hecho de que la noradrenalina se encuentre disminuida podría explicar síntomas tales como la disminución en la atención y la anergia que sufre el paciente en estados depresivos.

- DOPAMINA

También se involucra a la Dopamina (DA) en la etiología de la Depresión, esta sustancia es principalmente un neurotransmisor inhibitorio, que además participa en el mantenimiento del estado de alerta en las vías mesocortical y mesolímbica, y se involucra en la función motriz (13).

Se sabe que la reducción de la actividad dopaminérgica se ha asociado con la anhedonia, menor motivación incentiva y pérdida de interés en la Depresión. Así mismo, la Depresión no sólo podría estar asociada a niveles anómalos bajos de DA, sino que el grado de esta enfermedad está inversamente ligado a sus niveles centrales.

Algunas investigaciones enfocadas a examinar el papel de la DA en la Depresión han reportado bajos niveles de DA y/o niveles de DA-metabolito, así como bajos niveles de su transportador y/o densidad de DA (12).

B) PAPEL DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO EN LA ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO DEPRESIVO

Al intentar ampliar el conocimiento sobre todos los aspectos involucrados en la fisiopatología y etiología de la Depresión se ha considerado también la posibilidad de la participación del sistema inmunológico.

Mediante algunos estudios se ha descubierto que la Depresión y el sistema inmunológico están ligados al estrés psicosocial, el cual puede activar la respuesta inmunológica innata. Por ejemplo, en una investigación se encontró en una muestra de sangre periférica de un grupo de voluntarios sanos que fueron sometidos a diversos estresores, un incremento de marcadores inflamatorios como el NFk-B, las citocinas, y la interleucina 6 (IL-6) (20).

Estas sustancias, sobre todo el NFk-B intervienen en: la homeostasis en muchas células o tejidos como el sistema inmune, los folículos capilares, el riñón y el sistema nervioso (15); la regulación de las células del sistema inmune y los procesos inflamatorios, ayudan a controlar el estrés y la homeostasis celular (5); y estimulan la diferenciación y maduración de las células B y T (coordinan la respuesta inmune celular), facilitan el crecimiento de células germinales hematopoyéticas, y aumentan la síntesis de otros mediadores proinflamatorios (24), respectivamente.

La respuesta inmunológica innata, da como resultado toda la activación de la cascada inflamatoria que se ha comprobado tiene gran influencia sobre el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, lo que ocasiona una mayor cantidad de

glucocorticoides; sustancias que se encuentran aumentadas en pacientes deprimidos. También tiene repercusiones en la plasticidad cerebral, inhibiendo la neurogénesis en el hipocampo, causando apoptosis celular y reducción de las conexiones sinápticas.

Respecto al mecanismo mediante el cual el estrés influye en la respuesta inmunológica innata, investigaciones en humanos y animales de laboratorio han reportado que los sistemas nerviosos simpático y parasimpático podrían estar involucrados, mediante su estimulación se ha observado incremento de la IL-6, la cual tiene repercusión en la cascada inflamatoria de la respuesta inmunológica, misma que se encuentra hiperfuncionante en el TD (20).

C) HALLAZGOS GENÉTICOS EN LA ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO DEPRESIVO

En la Depresión existen factores genéticos que se transmiten de generación en generación, los cuales están implicados en el riesgo para desarrollar esta enfermedad.

Hasta el momento se ha encontrado fundamentalmente una asociación entre variantes de los genes del sistema serotoninérgico y la Depresión, los cuales comprenden al gen *5HTT* (responsable de la síntesis del recaptador de serotonina), y a los genes *5HT2A* y *5HT2C* (que codifican para los receptores post-sinápticos 5HT2A y 5HT2C respectivamente).

Se sabe que el receptor de serotonina 5-HT2A y que el gen *5-HTT*, que codifica para el receptor de serotonina presentan un polimorfismo (variación en la secuencia de un lugar determinado del ADN entre los individuos de una población), dicho gen se localiza en el cromosoma *17q12* (9).

Como se puede observar, tanto la fisiopatología, como la etiología del TD son muy complejas; además, de ser un trastorno con una alta prevalencia e incidencia, que frecuentemente genera disfunción en las personas que lo presentan. Es por lo anterior, que constantemente se realizan investigaciones para conocer más de esta enfermedad, así mismo, se han creado instrumentos para evaluar la severidad de la Depresión, así como para determinar si ésta ha respondido o no al tratamiento.

INSTRUMENTOS QUE MIDEN EL TRASTORNO DEPRESIVO

ESCALA DE HAMILTON PARA CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN (EDH):

fue una de las primeras para la medición de la severidad de la Depresión, creada por Hamilton en 1960 basándose en la teoría psicométrica, diseñada para ser relevante, simple y fácil de aplicar (14).

A pesar de no ser cronológicamente el primer instrumento para evaluar la Depresión, la EDH se ha convertido rápidamente en el punto de comparación para todas las demás escalas. Es importante tener en cuenta que esta escala, no es un instrumento diagnóstico.

La original es de 21 ítems más 1 ítem final, que sirve para especificar otros síntomas (se considera la más utilizada), aunque en 1967 fue reducida por Hamilton a 17 ítems que se centran básicamente en los componentes somáticos y comportamentales de la Depresión. Es lo suficientemente sensible como para apreciar el cambio de puntuación durante el tratamiento con antidepresivos.

El marco de referencia temporal es en el momento de la entrevista, excepto para algunos ítems, como los de sueño, en los que se exploran los 2 días previos. La EDH proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño (2).

La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Para la Depresión unipolar existen distintos puntos de corte o normas de interpretación. Los de Bech son los siguientes:

- 0-7: sin Depresión.
- 8-12: Depresión menor.
- 13-17: menos que Depresión mayor.
- 18- 29: Depresión mayor.
- 30-52: más que Depresión mayor.

Además para el índice de melancolía, Bech propone los siguientes puntos de corte: de 0 a 3 no hay Depresión; de 4 a 8 Depresión menor; > 8 Depresión mayor.

Para la Depresión Bipolar Nierenberg (22) propuso:

- 0-7: no hay Depresión.
- ≥ 8 : Depresión.

Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8,10 y 13), ansiedad (ítems 9-11), sueño (ítems 4-6) y vitalidad (ítems 1, 7,8 y 14). El

criterio de inclusión más utilizado en los ensayos clínicos es una puntuación ≥ 18 y se considera remisión a la puntuación < 7 .

Debido a la tendencia hacia la cronicidad de la Depresión, es importante evaluar si esta enfermedad ha afectado en las personas que la padecen, alguna de las áreas en que se desempeña y en qué intensidad. De aquí la importancia del conocimiento de la Calidad de Vida (CV), y cuales aspectos de ésta se ven más alterados por alguna enfermedad, y en este caso, especialmente por el TD.

II.- CALIDAD DE VIDA

Se ha documentado que la calidad de vida (CV) surge después de la Segunda Guerra Mundial, en respuesta a las secuelas de invalidez y problemas de satisfacción en los sobrevivientes. A lo largo del tiempo se ha hecho de mayor importancia no sólo como término sino como una medida básica que nos da una opinión subjetiva de la felicidad del paciente (26).

Es de gran importancia valorar la CV no sólo para personas con trastornos psiquiátricos, si no para todas aquellas que padezcan cualquier tipo de enfermedad, especialmente si ésta tiene tendencia a la cronicidad y a ocasionar incapacidad a los pacientes.

Es así como la calidad de vida recibe influencia de factores como el empleo, la vivienda, el acceso a servicios públicos, las comunicaciones, la urbanización, la criminalidad y la contaminación del ambiente entre otros que también conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad (30).

En base a lo anterior, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se deduce que calidad de vida es: “la percepción de un individuo de su posición respecto de la vida en el contexto de la cultura y de un sistema de valores en el cual vive, con relación a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” (7).

Sin embargo, actualmente no existe un concepto totalmente definido, pero algunos conceptos de los más aceptados hacen referencia al “bienestar físico, mental y social que es percibido por el individuo, además de felicidad, satisfacción y recompensa” (32).

De todo lo anterior es como surge la definición de CV relacionada con la salud desde un punto de vista subjetivo, en la cual el paciente se autoevalúa de acuerdo con sus propios criterios. Estos incluyen el estado físico, emocional y social en que se encuentra en determinado momento y que refleja el grado de satisfacción ante una situación personal, de acuerdo a su discapacidad funcional, al sueño, a su respuesta sexual, de acuerdo a su nivel emocional como la presencia de tristeza,

miedo, inseguridad, frustración, etc.; y de acuerdo también a su nivel social, es decir su situación laboral, escolar, interacciones sociales, familiares, nivel económico, entre otras.

Así pues, la CV tiene componentes objetivos como las condiciones materiales y el nivel de vida, y componentes subjetivos como definiciones globales basadas en el bienestar, siendo sus marcadores la satisfacción y la felicidad (32).

Se describen tres dimensiones que abarca la CV (26):

- a) Biológica: corresponde a la percepción del estado físico, además de esto valora la funcionalidad como medida de una óptima CV.
- b) Psicológica: valora la percepción del estado afectivo y cognitivo del individuo.
- c) Social: se refiere a todas las interacciones del individuo con su medio, en sus diversos ámbitos, ya sea laboral, familiar, etc.

ESCALAS QUE AYUDAN A EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA

Actualmente existe gran número de instrumentos clinimétricos utilizados para medir la calidad de vida, sin embargo, de todas estas escalas disponibles, aun no se cuenta con alguna que sea al cien por ciento fidedigna para valorar este constructo.

Referente a los instrumentos clinimétricos de los que disponemos para evaluar la calidad de vida, se puede mencionar que existen dos tipos:

- a) Genéricos: permiten evaluar al paciente con cualquier tipo de patología.
- b) Específicos: permiten evaluar a pacientes con un tipo específico de patología (Ej. Parkinson, Incontinencia Urinaria, etc.).

Existen innumerables escalas específicas para evaluar la calidad de vida, algunas de las utilizadas son (30):

- 1.- The Goldman Specific Activity Scale (GSAS), utilizada para evaluar la calidad de vida de pacientes con Enfermedad Coronaria.
- 2.- The Mild Hypertension Vital Signs Quality of Life Questionnaire (VSQQLQ), que valora la calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial.
- 3.- The Diabetes Quality of Life (DQOL), la cual valora la calidad de vida de pacientes con Diabetes Mellitus.
- 4.- The Quality of Life in Epilepsy (QOLIE-10), que valora la calidad de vida de pacientes con Epilepsia.

5.- The Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ), encargada de evaluar la calidad de vida de pacientes con alguna Enfermedad Respiratoria Crónica.

Algunos de los instrumentos genéricos más utilizados son:

- 1.- El Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad. Sickness Impact Profile (SIP), que valora la disfunción relacionada a la enfermedad (11).
- 2.- El Perfil de Salud de Nottingham. Nottingham Health Profile (NHP), que valora el nivel de energía, del dolor, la reacción emocional, el sueño, el aislamiento social, las habilidades físicas, así como la áreas afectadas de la vida del individuo (8).
- 3.- La Escala SF-36, que consta de 36 ítems, los cuales abarcan áreas como la función física, el rol físico, el dolor corporal, la salud general, la vitalidad, la función social, el rol emocional y la salud mental (31).

4.- **ESCALA DE CALIDAD DE VIDA EUROQOL D-5:** diseñado con la intención de obtener un instrumento estandarizado y genérico para la evaluación de la CV relacionada con la salud. Además, es de fácil aplicación tanto en el individuo relativamente sano, como en grupos de pacientes con diferentes patologías, y toma sólo unos pocos minutos responderlo (6).

Es un cuestionario estandarizado de calidad de vida relacionada con la salud, acorde a preferencias poblacionales. Describe el estado de salud en cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, y ansiedad/Depresión.

Cada una de las cuales se divide en tres niveles de gravedad entre los cuales el paciente ha de elegir el que mejor refleje su situación. Esos 3 estados describen ausencia de problemas en esa dimensión (1 punto), problemas moderados (2 puntos) y problemas graves (3 puntos) (28).

También consta de una escala visual análoga (EAV) milimetrada, en la cual el sujeto puede puntuar su estado de salud el día de la encuesta, siendo el extremo 0 de la escala el peor estado imaginable y el extremo 100 el mejor estado de salud imaginable (19). El paciente ha de marcar en dicha escala el punto que mejor represente su estado de salud global en el día de la entrevista.

En conclusión, esta escala fue diseñada como un instrumento sencillo que pudiera ser administrado en condiciones muy variadas de medición. El propio individuo valora su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones y después cada una de ellas con tres niveles de gravedad.

- El marco de referencia temporal es el día de la entrevista.
- Es una escala autoaplicable.
- Existe una versión en castellano.

APLICACIÓN DE LA ESCALA EUROQOL D-5 EN MÉXICO

Como antecedente del uso de esta escala en México se puede mencionar que se aplicó en el año 2006 en el Hospital Adolfo López Mateos de Toluca a familiares más cercanos de 60 pacientes que habían permanecido en la unidad de cuidados intensivos (UCI) de dicho Hospital.

La intención fue determinar la CV previa al ingreso a la UCI etiquetándola como buena, regular o mala, tomando en cuenta la edad, el sexo, la escolaridad, la ocupación, así como su diagnóstico de ingreso y de egreso de la UCI, el pronóstico, el APACHE II (escala para categorizar la gravedad del paciente debido a su enfermedad) y los días de estancia.

A los 3 meses de egresados los pacientes nuevamente se le aplicó la EuroQoL al mismo familiar que la había respondido previamente. Los resultados correlacionaron los días de estancia en la UCI y la CV a los 3 meses de egresar, es decir, entre mayor fue la estancia hospitalaria mejor fue la CV a su egreso (10).

La Escala EuroQoL D-5 también fue utilizada en el 2007, en pacientes de cuatro centros de salud de Guadalajara, evaluando en total la CV de 50 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus 2 (DM2) y de 100 personas que en ese momento no tenían diagnóstico ni sospecha de DM.

Concluyendo que existieron diferencias significativas en la educación, edad y ocupación, pero no en el género y el estado civil. Además, la CV demostró más problemas en la ansiedad/Depresión, y la gente sin DM evaluó su salud más estrictamente (27).

JUSTIFICACIÓN

Se ha observado que las personas que carecen de una adecuada calidad de vida presentan mayor riesgo para el desarrollo de múltiples patologías, especialmente psiquiátricas y de éstas el TD es de los más comunes.

El TD afecta en mayor proporción a mujeres en edad productiva. Es altamente incapacitante y ocasiona disfunción que puede ser global en quienes lo padecen.

La mayor prevalencia de esta enfermedad en las mujeres, la hace cobrar más importancia, debido a que éstas son las que tienen la responsabilidad de crianza y cuidado de los hijos, además de que muchas son los pilares económicos de sus hogares.

Todas estas desventajas en contra, más el tabú y temor hacia la Psiquiatría, que por desgracia aun existe en la cultura mexicana, y considerando los altos costos del tratamiento antidepressivo, así como su larga duración, hacen que disminuyan las posibilidades de que estas mujeres deprimidas busquen ayuda profesional.

Por consiguiente, su TD se va tornando crónico, generando bajo rendimiento familiar, social, escolar, laboral y finalmente disfunción en estos ámbitos, favoreciendo así un círculo vicioso.

De todo lo anterior nace la importancia de esta tesis, que tiene el objetivo de demostrar la relación entre las condiciones poco favorables de la CV y la Depresión, así como de crear conciencia de esta problemática en el personal médico, y no sólo profesionales de la salud mental sino incluso en médicos generales para que esto sea evaluado desde los centros de salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se tiene conocimiento acerca de la frecuencia con que se presenta el TD en la población general en todo el mundo, así como de la pobre importancia que se le da a esta enfermedad. Además, esta patología, afecta dos veces más al género femenino, que generalmente, tiene bajo su responsabilidad el cuidado y protección de los hijos, mismos que podrían ser más susceptibles de presentar esta enfermedad si tienen una madre deprimida.

Si agregamos la pobre importancia y conocimiento, así como el temor acerca del TD y las enfermedades mentales en general, se agrava la situación, ya que, las mujeres deprimidas pasan desapercibidas, sin recibir atención adecuada y oportuna por parte del especialista en Salud Mental. Tornándose crónica su enfermedad, y así generándoles frecuentemente alteración o pérdida de su funcionalidad en alguna de las áreas más importantes (en ocasiones, la pérdida de la funcionalidad es global).

Frecuentemente este tipo de mujeres se refieren como desempleadas, con desintegración familiar, aislamiento social, enfermedades médicas frecuentes, etc., es decir, presentan grave afectación en su Calidad de Vida.

OBJETIVO GENERAL

Determinar si existe una relación entre la severidad del Trastorno Depresivo y la calidad de vida en pacientes femeninos de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Describir las características demográficas de la muestra
- 2) Describir la severidad del TD
- 3) Analizar por separado cada una de las dimensiones que evalúa la CV
- 4) Describir la relación observada entre la severidad del TD y la CV

MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio transversal, descriptivo, prolectivo.

UNIVERSO DEL ESTUDIO

Pacientes femeninas con diagnóstico confirmado de Trastorno Depresivo de cualquier severidad, con seguimiento regular en la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Fueron seleccionadas 124 pacientes femeninas del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de 18 años en adelante, que acudieron a valoración a la consulta externa en un período que abarcó de Noviembre-2008 a Febrero-2009.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Con diagnóstico confirmado de Trastorno Depresivo de cualquier severidad.
- Que acepten participar en el estudio.
- Que hayan firmado un consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

- Enfermedad médica no controlada.
- Que no acepten participar en el estudio.

VARIABLES INDEPENDIENTES

TRASTORNO DEPRESIVO

Definición conceptual: estado de ánimo patológico bajo persistente, reducción de la energía y disminución de la actividad, disminución de la capacidad para

disfrutar, interesarse y concentrarse, cansancio importante, sueño alterado y apetito disminuido.

La autoestima y la confianza en uno mismo están reducidas, a menudo hay ideas de culpa o inutilidad. Existen también síntomas “somáticos” como pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de peso y disminución de la libido (1).

Definición operacional: Trastorno Depresivo de distinta severidad de los síntomas, diagnosticado de acuerdo a los criterios del DSM-IV-TR.

Indicador de la variable: Escala de Hamilton para medir la intensidad de la Depresión, diseñada para ser relevante, simple y fácil de aplicar (14). Es el punto de comparación para todas las demás escalas que miden la Depresión. La original es de 21 ítems más 1 ítem final para especificar otros síntomas.

Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño (2). La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Los de Bech son los siguientes:

- 0-7: sin Depresión.
- 8-12: Depresión menor.
- 13-17: menos que Depresión mayor.
- 18- 29: Depresión mayor.
- 30-52: más que Depresión mayor.

VARIABLES DEPENDIENTES

CALIDAD DE VIDA

Definición conceptual: “la percepción de un individuo de su posición respecto de la vida en el contexto de la cultura y de un sistema de valores en el cual vive, con relación a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” (7).

Definición operacional: CV que se mide valorando cada uno de los indicadores (movilidad, cuidado personal, ansiedad/Depresión, actividades cotidianas, dolor/malestar) que van del 1 (que indica que no existe afectación en el área evaluada) al 3 (que indica mayor afectación) (28).

Indicador de la variable: Escala de calidad de vida EuroQol 5-D instrumento estandarizado y genérico para la evaluación de la CV relacionada con la salud. Es

de fácil aplicación y de breve duración. Útil para valorar individuos con diferentes patologías y relativamente sanos (6).

Describe el estado de salud en cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, y ansiedad/Depresión. El propio individuo valora su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones y después cada una de ellas con tres niveles de gravedad.

En la escala visual análoga el sujeto debe calificar su estado de salud el día de la encuesta, siendo el 0 de la escala el peor estado imaginable y el 100 el mejor estado de salud (19).

- El marco de referencia temporal es el día de la entrevista.
- Es una escala autoaplicable.
- Existe una versión en castellano.

INSTRUMENTOS

- Escala de calidad de vida EuroQol D-5.
- Escala de Hamilton para la medición de la severidad de la Depresión.
- Se agregaron las variables de edad, escolaridad, severidad de la Depresión, recaídas, tiempo de evolución y comorbilidades.

PROCEDIMIENTO

- 1.- Obtención de la muestra en base a los criterios de inclusión y exclusión ya mencionados.
- 2.- Explicación de la finalidad del estudio y solicitud de consentimiento a las pacientes para aplicación de las escalas.
- 3.- Aplicación de escalas EUROQOL 5-D y Escala de Depresión de Hamilton, en un tiempo aproximado de 20-25 minutos.
- 4.- Realización de base de datos y su posterior análisis estadístico.
- 5.- Obtención de resultados, discusión y conclusiones.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis de los datos se empleó el spss versión 10, mediante el cual se realizó un análisis descriptivo (medias, desviación estándar, rangos y porcentajes), ANOVA de un factor (severidad de la Depresión), y prueba de Bonferroni *post Hoc*. Para ésta última prueba se dividió a la muestra en 5 grupos, considerando los puntos de corte de la escala de Hamilton para clasificación de la Depresión,

para determinar los grados de severidad de los síntomas depresivos y su categorización.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

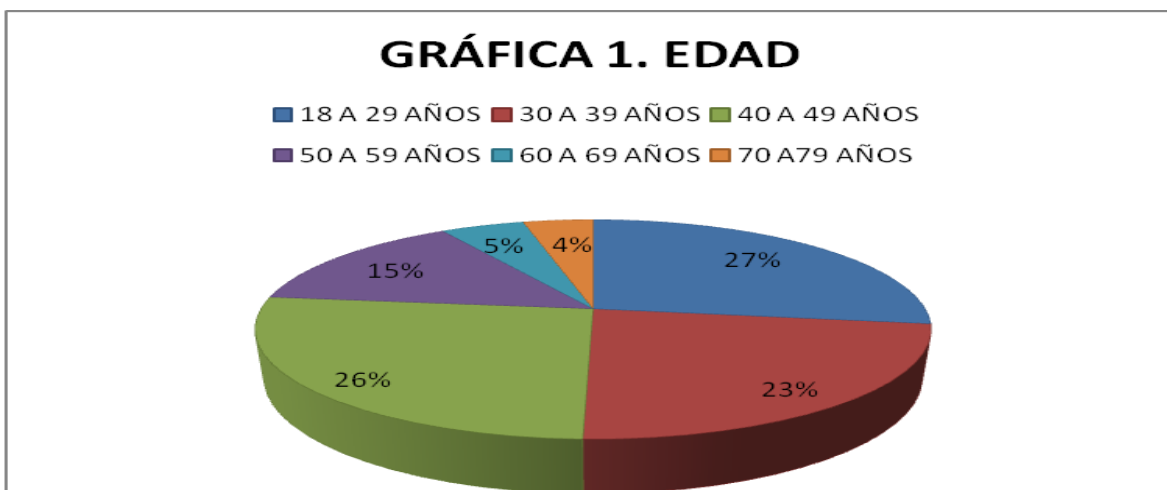
Este estudio se considera como una investigación de bajo riesgo, ya que el diseño del estudio fue únicamente observacional, sin necesidad de realizar ninguna intervención. De cualquier manera, a cada una de las pacientes que participaron en el estudio se le explicó detalladamente el motivo del mismo, el procedimiento a que fueron sometidas, el tiempo necesario para su realización, los objetivos y los beneficios esperados. Una vez aclaradas sus dudas decidieron libremente su participación.

RESULTADOS

RESULTADOS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

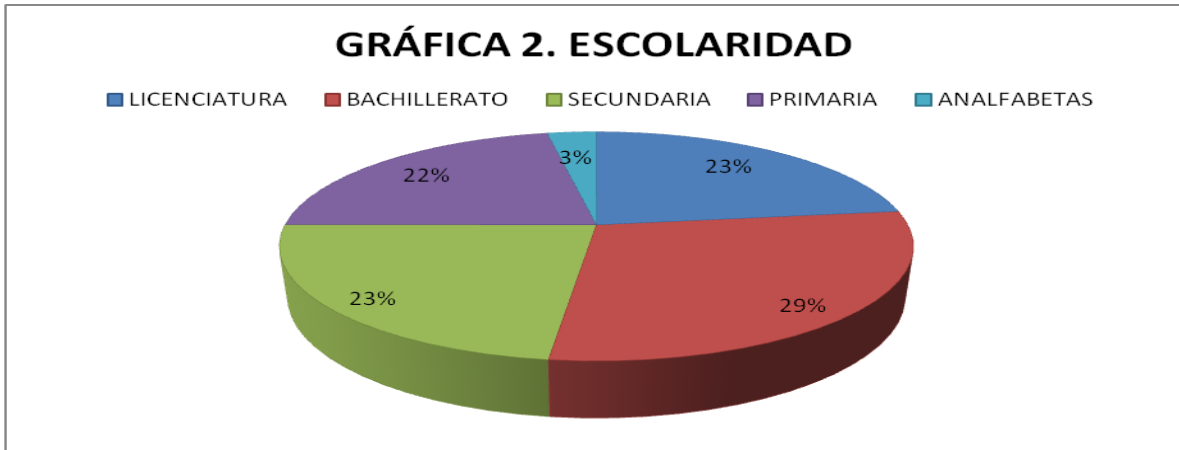
La muestra estuvo formada por 124 pacientes mujeres, con una media de edad de 40 años, (en un rango de entre 18 a 79 años de edad), y con una media de evolución de la Depresión de 5.6 años.

Referente al grupo etario, el mayor porcentaje de pacientes deprimidas correspondió al grupo de entre 18 y 29 años de edad, seguido de mujeres entre 40 y 49 años. Las menos afectadas fueron las mujeres de 70 a 79 años (gráfica 1).



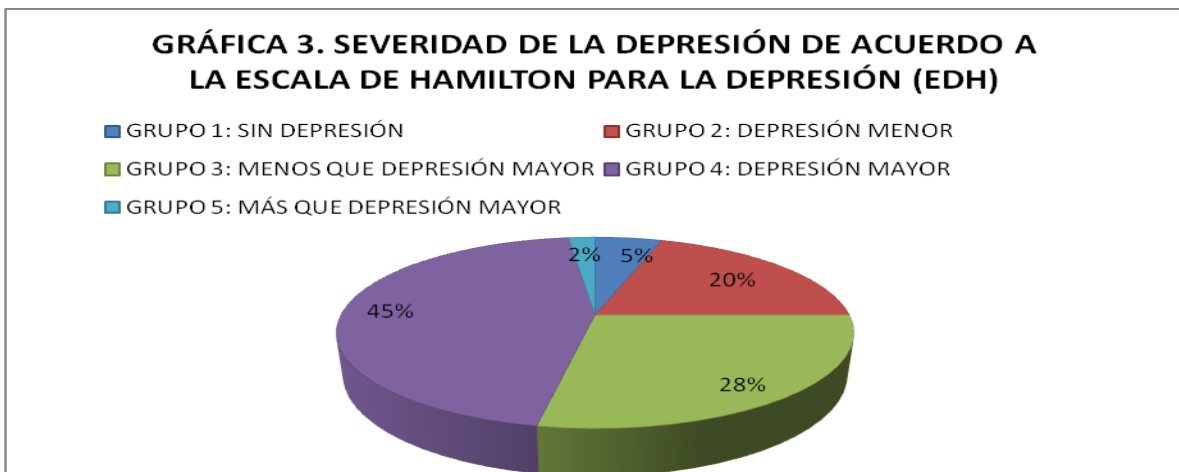
De acuerdo a la escolaridad, llamó la atención que el grupo más afectado por el TD fue el de mujeres con bachillerato, contrario a lo que se ha encontrado en la mayoría de las investigaciones, en donde se reporta mayor Depresión en analfabetas.

Pero en este estudio, sólo el 3% de pacientes deprimidas correspondió a pacientes sin escolaridad. En general, a excepción del bachillerato, se observó que el porcentaje de Depresión iba incrementándose conforme avanzaba el grado de escolaridad (gráfica 2).



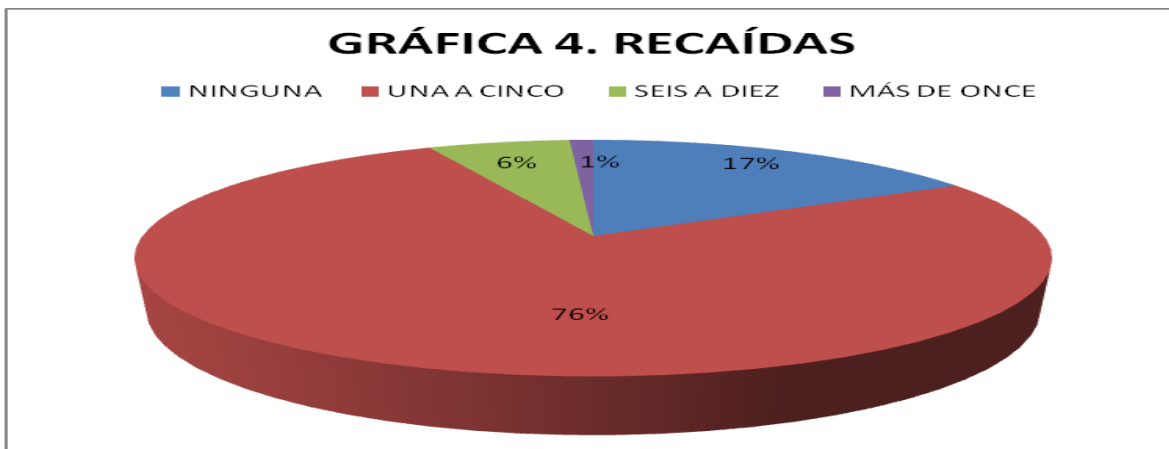
En cuanto a la severidad del TD, destacó que el mayor porcentaje de pacientes deprimidas, calificó la severidad de sus síntomas a lo que corresponde a Depresión mayor. Sólo el 2% se reportó con intensidad sintomática correspondiente a más que Depresión mayor.

Es conveniente mencionar, que otro porcentaje significativo de la muestra comentó la severidad de sus síntomas correspondiente a menos que Depresión mayor, y un pequeño porcentaje mencionó ya no sentirse con Depresión (gráfica 3).



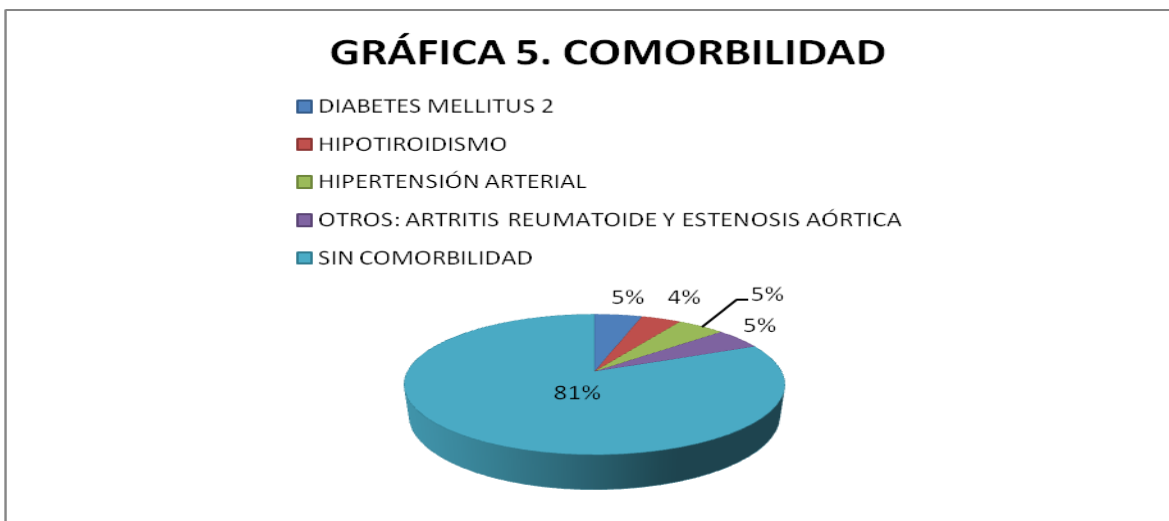
Relacionado a la recurrencia del TD, se apreció notablemente que la mayoría de pacientes había presentado de una a cinco recaídas en los primeros años de evolución de este padecimiento.

Solamente el mínimo porcentaje de toda la muestra, refirió haber presentado hasta el momento de la evaluación más de 11 recaídas. Así mismo, otro porcentaje significativo mencionó que cursaba con su primer episodio depresivo (gráfica 4).



En relación a la comorbilidad de otras patologías médicas con la Depresión, fue relevante que el 81% de la muestra, negó la presencia de alguna otra enfermedad de importancia.

El resto de la muestra comentó tener diagnóstico concomitante de Diabetes Mellitus 2 (DM2), Hipotiroidismo, Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), y otros como Artritis Reumatoide (AR) y Estenosis Aórtica (EA), siendo muy similares los porcentajes de cada una de estas enfermedades (gráfica 5).



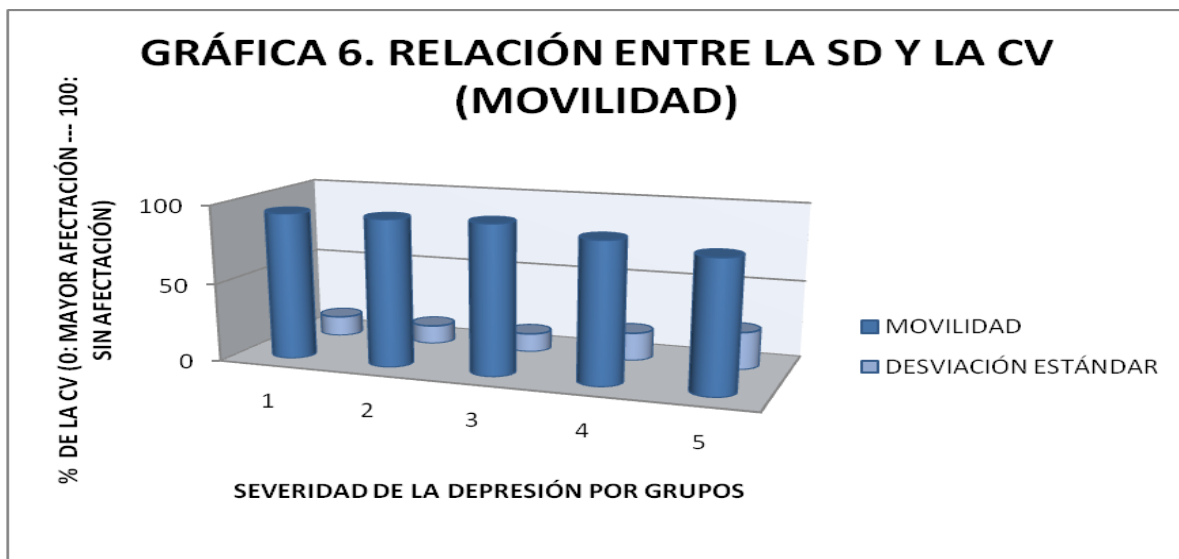
RESULTADOS DE LA RELACIÓN ENTRE EL TRASTORNO DEPRESIVO (TD) Y LA CALIDAD DE VIDA (CV)

Para determinar la relación entre el TD (ó Depresión) y la CV, se tomaron en cuenta los parámetros de la EDH para evaluar la severidad de la Depresión (SD), los cuales arrojaron 5 grupos de acuerdo a la intensidad de los síntomas (cuadro 2), correlacionándolos con cada uno de los indicadores de la CV.

CUADRO 2. CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA DEPRESIÓN DE ACUERDO A LA ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN (EDH)

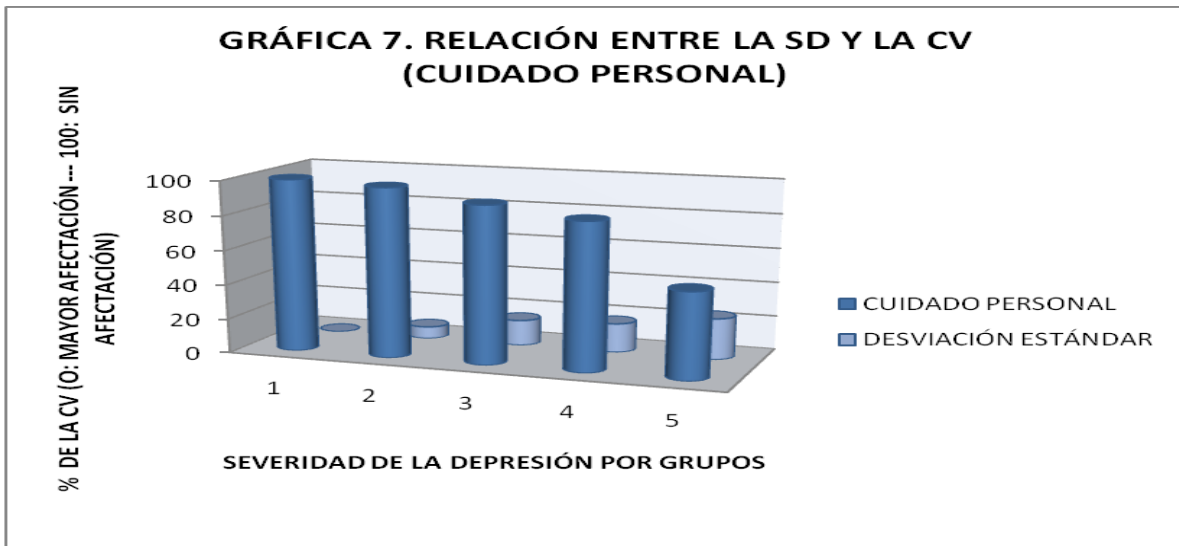
	n	%
0 A 7 PUNTOS: SIN DEPRESIÓN (GRUPO 1)	6	5
8 A 12 PUNTOS: DEPRESIÓN MENOR (GRUPO 2)	25	20
13 A 17 PUNTOS: MENOS QUE DEPRESIÓN MAYOR (GRUPO 3)	35	28
18 A 29 PUNTOS: DEPRESIÓN MAYOR (GRUPO 4)	56	45
30 A 52 PUNTOS: MÁS QUE DEPRESIÓN MAYOR (GRUPO 5)	2	2

Referente a la movilidad y la SD, se observó en este estudio, que entre menor es la severidad de los síntomas depresivos, la movilidad se encuentra más conservada, sin embargo, llama la atención que en los cinco grupos, incluso en el que se calificó con los síntomas más severos, la movilidad se encuentra conservada casi al 100% (gráfica 6).



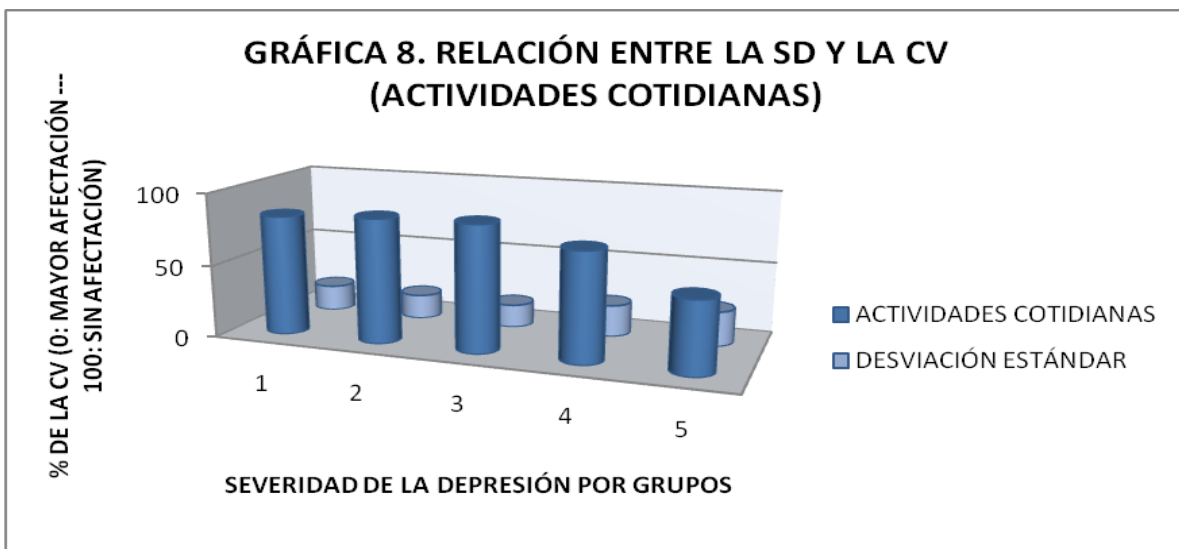
En lo que concierne al cuidado personal relacionado con la SD, es notable que entre menos grave sea esta enfermedad, los pacientes son capaces de cuidarse a sí mismos.

Situación que se va modificando conforme la sintomatología se va tornando más severa, encontrando que las pacientes correspondientes al grupo de Depresión Mayor, refirieron disminución hasta en un 50% de su capacidad para el autocuidado (gráfica 7).



También se observa una clara relación entre las actividades cotidianas y la gravedad de los síntomas depresivos, ya que, los datos reportaron que desde las pacientes que se calificaron ya sin Depresión, hasta las que refirieron síntomas menores que Depresión mayor, mantenían casi al 100% sus actividades cotidianas.

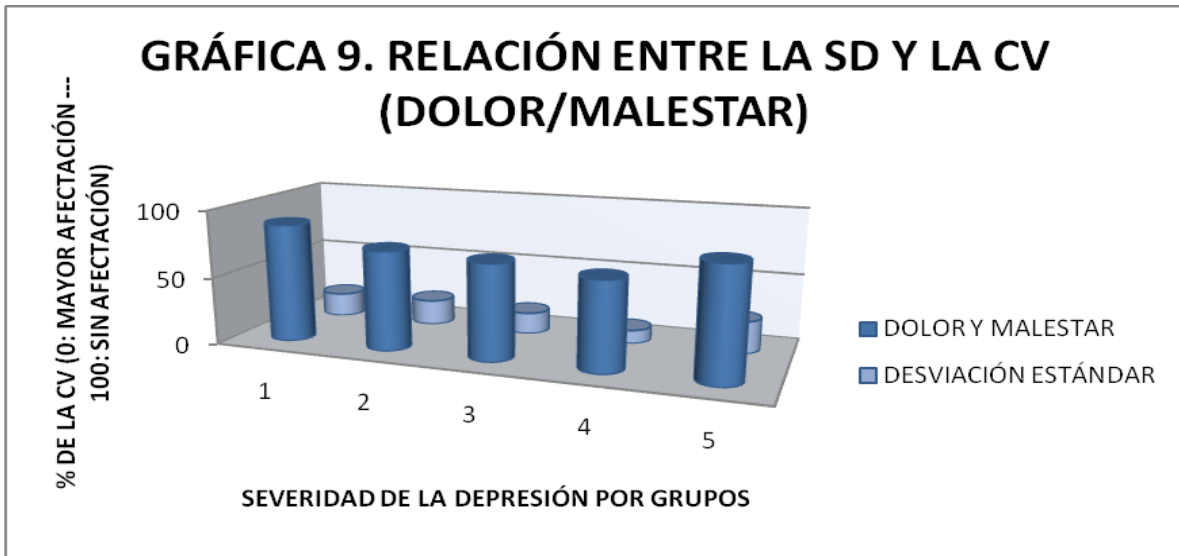
Pero tales actividades empezaron a declinar en pacientes ya con severidad importante de la enfermedad, incluso con pérdida de más del 50% en esta área en pacientes gravemente deprimidas (gráfica 8).



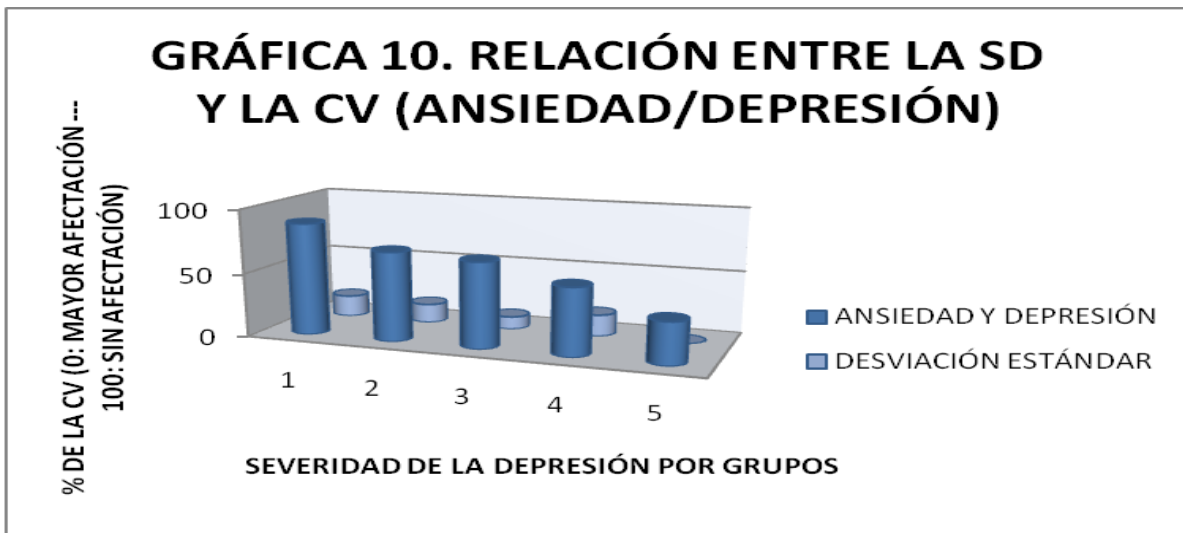
Otro aspecto que también llamó la atención en este análisis, fue que al igual que en el área de la movilidad, en el área de dolor/malestar, tanto el grupo con

síntomas depresivos mínimos como el grupo con Depresión más grave, ambas áreas se encuentran casi sin afectación, siendo la diferencia porcentual entre ambos grupos mínima.

Contrario a lo reportado en otros estudios, en éste se observa que existe más queja de dolor/malestar en grupos intermedios con síntomas leves o menores que Depresión mayor (gráfica 9).



Por último, nuevamente se observa una clara relación entre la severidad depresiva y la presencia de ansiedad, misma que se observa hasta en un 70% de aquellas mujeres que describieron su TD como muy grave. Estando casi libres de ansiedad aquellas con mínimos síntomas de la Depresión (gráfica 10).



DISCUSIÓN

El TD es una enfermedad con mayor prevalencia en las mujeres, debido a su configuración fisiológica, a los cambios hormonales, y a los factores sociales y culturales. Sin embargo, en este estudio no se puede establecer la mayor prevalencia de Depresión en este género, ya que únicamente se evaluó a una muestra conformada por mujeres, sin tener punto de comparación con una muestra masculina.

Los resultados respecto al nivel de escolaridad, mostraron mayor porcentaje de mujeres deprimidas con escolaridad de bachillerato, dato que contrasta con lo reportado por Sulaiman y Bello, quienes encontraron predominio del TD en personas de baja escolaridad (29, 3).

Esta discrepancia pudiera deberse a que en nuestro país, la población con mayor nivel intelectual y acceso a la información tiene la oportunidad de autodetectar la presencia de síntomas depresivos y solicitar ayuda del especialista, además, de que no continúa con la creencia de que tales síntomas son normales o de que deben vivir con ellos toda su vida, lo cual es característico en zonas rurales.

Así, podría ser posible que en este estudio, la menor prevalencia del TD en analfabetas, se haya debido a que este grupo considera los síntomas de esta patología como normales, o piensan que no los deben de aceptar ni mencionar por temor al rechazo y/o al miedo ante lo desconocido referente a la enfermedad mental, a su tratamiento y a sus posibles consecuencias.

De acuerdo al grupo etario, la Depresión predominó en mujeres en edad reproductiva (de entre 18 y 29 años), así como económicamente productivas, coincidiendo con lo que reportó Lartigue en su artículo, refiriendo que el TD en mujeres entre 18 y 44 años es la causa más frecuente de incapacidad laboral; además, de encontrar una posible asociación entre la Depresión, y los cambios hormonales que también se presentan durante los ciclos menstruales (17).

El mayor porcentaje de pacientes refirió la intensidad de sus síntomas como moderada, y sólo un porcentaje mínimo los reportó con intensidad grave o severa. Datos muy similares a los reportados por Ruíz, quien en su investigación observó que la población estudiada presentaba Depresión con niveles de moderada a grave (25).

En relación a la recurrencia, la mayor parte de la muestra reportó haber tenido desde el inicio del TD hasta el momento de la valoración para este estudio, de una a cinco recaídas, mismas que cumplieron los criterios del DSM-IV-TR para episodio Depresivo.

Afortunadamente, sólo el 1% de la muestra había presentado más de 11 recaídas en el mismo lapso. Estos resultados coincidieron con los de Ruíz, quien en su investigación observó que el 62.2% de su muestra había presentado más de una recaída del TD (25).

El hecho de que la mayoría de la muestra haya presentado de una a cinco recaídas, y que su sintomatología depresiva tuviera intensidad de un TD mayor o cercana a ésta, podría estar asociado tanto al pobre apego al tratamiento farmacológico como terapéutico.

Lo cual, pudiera ser evaluado en estudios posteriores que incluyan dentro de sus variables, los factores que influyen en la reincidencia de los episodios depresivos, tales como la cultura, el conocimiento sobre las enfermedades mentales, entre otros.

No es raro que actualmente exista cierto temor y rechazo ante el tema de la Psiquiatría, debido a las creencias que existen en gran parte de la población mexicana, de desarrollar dependencia a los psicofármacos o de permanecer sedados o “drogados” con el uso de estos medicamentos.

Referente a la comorbilidad, el 81% de pacientes negó tener alguna patología médica de importancia, el resto de la muestra eran diabéticas, hipertensas, ó presentaban hipotiroidismo. Sólo pocas comentaron tener el diagnóstico de artritis reumatoide ó estenosis aórtica.

Datos que pudieran no ser del todo confiables, ya que, en nuestra cultura también existe falta de preocupación por la salud en general, por lo cual, en la mayoría de los casos, el diagnóstico de alguna patología médica se realiza al examinar síntomas asociados a las complicaciones o bien como hallazgo.

Respecto a la relación entre la CV y la SD, en este estudio se observó al evaluar por separado cada de las dimensiones de la escala EuroQoL D-5 que, conforme más severos describían las pacientes sus síntomas depresivos, mayor era la afectación y pérdida de la funcionalidad en las áreas evaluadas de la CV, lo cual coincide con lo reportado por Rapaport (23).

Siendo más evidente la alteración en el área de ansiedad/Depresión incluso, llegando a ser la más afectada de las cinco áreas evaluadas de la CV, a diferencia con lo reportado por Ruíz, quien comenta en su estudio una mayor afectación de síntomas físicos en pacientes deprimidos (25).

La funcionalidad en el cuidado personal y en las actividades cotidianas, estuvo disminuida hasta en un 50%, de acuerdo a lo reportado por las pacientes con síntomas depresivos más graves.

Las áreas menos afectadas, incluso en los grupos de pacientes deprimidas más severamente, fueron la de movilidad y la de dolor/malestar, ambas coincidieron con una disfunción de sólo el 17%, contrastando con lo reportado por Ruíz.

Llamó notablemente la atención, que en los parámetros de movilidad y dolor/malestar, las gráficas de resultados mostraron mínima alteración tanto en el grupo de pacientes con síntomas depresivos mínimos, como en el grupo de pacientes que se refirió con Depresión muy grave.

Lo cual, podría explicarse únicamente por el número tan reducido de pacientes que conforma el grupo con síntomas depresivos más severos, sesgando así los resultados.

CONCLUSIONES

Con esta investigación se puede confirmar, que de la muestra estudiada de mujeres de la consulta externa del H. Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, la mayoría sufre de Trastorno Depresivo cuya severidad corresponde Depresión Mayor.

Así mismo, se confirma que la severidad del Trastorno Depresivo está directamente relacionada con la alteración de la Calidad de Vida, ya que entre más grave sea esta patología, mayor es la afectación e inclusive la pérdida de la funcionalidad en algunas de las cinco áreas que se evalúa en la CV y viceversa.

Alterándose así, el “bienestar físico, mental y social percibido por el individuo, además de su felicidad, satisfacción y recompensa”, concepto que hace referencia a una satisfactoria CV (32).

Consideramos que se deben evaluar todos los aspectos sociodemográficos de los pacientes desde un primer nivel, así los médicos generales pudieran detectar en etapas tempranas la presencia de un TD en sus pacientes y referirlos oportunamente con el especialista en Salud Mental.

Con esto se lograría acortar la evolución de la enfermedad, prevenir su tendencia a tornarse crónica, y evitar las disfunciones en algún área de las personas que padecen este trastorno, manteniéndolas funcionales en todos los aspectos lo mayormente posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Akiskal HS. MOOD DISORDERS: INTRODUCTION AND OVERVIEW. IN: KAPLAN HI, BENJAMIN JAMES SADOCK, VIRGINIA ALCOTT SADOCK. COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF PSYCHIATRY, 2004; 15:pp.534,542.
- 2.- Bech P. THE BECH, HAMILTON AND ZUNG SCALES FOR MOOD DISORDERS: SCREENING AND LISTENING, 2ª Ed. Berlin: Springer, 1996.pp.1-86.
- 3.- Bello Mariana, Puentes-Rosas Esteban, Medina-Mora María Elena, Lozano Rafael. PREVALENCIA Y DIAGNOSTICO DE DEPRESSION EN POBLACION ADULTA EN MEXICO. Salud Pública Mex., 2005; 47 suppl 1:S4-S11.pp.4-5.
- 4.- Benjet Corina, Borges Guilherme, Medina-Mora Ma. Elena, Fleiz-Bautista Clara, Zambrano-Ruíz Joaquín. LA DEPRESSION CON INICIO TEMPRANO: PREVALENCIA, CURSO NATURAL Y LATENCIA PARA BUSCAR TRATAMIENTO. Salud Pública Mex., 2004; 46:pp.417-424.
- 5.- Bermúdez-Morales V, Peralta-Zaragoza O, Madrid-Marina V. TERAPIA GÉNICA CON CITOCINAS CONTRA CÁNCER CERVICOUTERINO. Salud Pública Mex., 2005; 47:pp.458-468.
- 6.- Cheung Kajang, Oemar Mandy, Oppe Mark, Rabin Rosalind. EuroQoL (EQ-5D). USER GUIDE. BASIC INFORMATION ON HOW TO USE EQ-5D. Version 2.0. March, 2009.pp.3-4.
- 7.- Consiglio Ezequiel, Belloso Waldo. NUEVOS INDICADORES CLÍNICOS. LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD. Buenos Aires, 2003; 63: pp.172-178.
- 8.- Constant P., Schayck Van, Dompeling Edward, Rutten Maureen, Folgering Hans, Van Den Boom Guido, Van Weel Chris. THE INFLUENCE OF AN INHALED STEROID ON QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ASTHMA OR COPD. Chest, 1995;107:pp.1199-1205.
- 9.- Fañanás L. GENETIC FOUNDATIONS OF VULNERABILITY TO DEPRESSION. ANALES Sis San Navarra, 2002; 25 (Supl. 3):pp.21-42.
- 10.- Garduño Alanís Adriana, Meneses Calderón José, Díaz de León Ponce Manuel, Torres Pérez Juan, Briones Garduño Jesús C. CALIDAD DE VIDA AL EGRESO DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. Revista de la asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, 2009. Vol. XXIII, No. 3/pp.119-124.

- 11.- Gilson Betty S. et al. THE SICKNESS IMPACT PROFILE. DEVELOPMENT OF AN OUTCOME MEASURE OF HEALTH CARE. AJP. December, 1975, Vol. 65. No. 12.pp.1304-1306.
- 12.- Goodale Elizabeth P., Tucker Vivian L. EL PAPEL DE LA NOREPINEFRINA Y DE LA DOPAMINA EN LA DEPRESION. Revista de Toxicomanías, 2007. No. 50. pp.19-20.
- 13.- Guadarrama Leyla, Escobar Alfonso, Zhang Limei. BASES NEUROQUIMICAS Y NEUROANATOMICAS DE LA DEPRESION. Depto. de Fisiología, Facultad de Medicina UNAM, Programa de Doctorado en Ciencias Biomédicas, UNAM, Depto. de Biología Celular y Fisiología, Instituto de Investigaciones Biomédicas, UNAM, 2006.pp.2-4.
- 14.- Hamilton M. A RATING SCALE FOR DEPRESSION. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat., 1960. 23:pp.56-62.
- 15.- Hernández Gutiérrez Salomón, Rojas del Castillo Emilio. EL PAPEL DEL FACTOR DE TRANSCRIPCIÓN NF- κ B EN LA CÉLULA CARDÍACA. Archivos de cardiología de México, 2005. Vol. 75, No. 3.pp.363.
- 16.- Kessing L.V. EPIDEMIOLOGY OF SUBTYPES OF DEPRESSION. Department of Psychiatry, University Hospital of Copenhagen, Rigshospitalet, Copenhagen O, Denmark. Acta Psychiat Scand, 2007:115 (suppl. 433):pp.85-89.
- 17.- Lartigue Teresa, Maldonado-Durán J. Martín, González-Pacheco Itzel, Saucedo-García Juan Manuel. DEPRESIÓN EN LA ETAPA PERINATAL. Perinatol Reprod Hum., 2008; 22:pp.111-131.
- 18.- López Sotelo, Moreno Villagrán, Álvarez Aguirre A. VIOLENCIA Y DEPRESIÓN EN UN GRUPO DE MUJERES. Universidad Autónoma de Guerrero, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Querétaro, 2008.pp.1.
- 19.- Marra Carlo, Ogilvie Gina, Gastonguay Louise, Colley Lindsey, Taylor Darlene, Marra Fawziah. PATIENTS WITH GENITAL WARTS HAVE A DECREASED QUALITY OF LIFE. Sexual Transmitted Diseases. April 2009. Volume 36, Number 4.pp.258.
- 20.- Miller Andrew H., Raison Charles L. IMMUNE SYSTEM CONTRIBUTIONS TO THE PATHOPHYSIOLOGY OF DEPRESSION, 2008, Vol. VI, No. 1.pp.36-41.
21. – Moreno Julia, Campos María G., Lara Carmen, Torner Carlos. EL SISTEMA SEROTONINERGICO EN EL PACIENTE DEPRIMIDO. Primera parte. Salud Mental, Diciembre 2005. Vol. 28, No.6.pp.20-24.

- 22.- Nierenberg A. A., DeCecco L. M. DEFINITIONS OF ANTIDEPRESSANT TREATMENT RESPONSE, REMISSION, NONRESPONSE, PARTIAL RESPONSE, AND OTHER RELEVANT OUTCOMES: A FOCUS ON TREATMENT-RESISTANT DEPRESSION. *J Clin Psychiatry*, 2001; 62 Suppl 16: pp.5-9.
- 23.- Rapaport Mark H., Clary Cathryn, Rayyad Rana, Endicott Jean. DETERIORO DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD. *Am J Psychiatry (Ed Esp)*, 2005; 8:pp.504-511.
- 24.- Rivera F., Campos A., Parera M., C. Rodrigo, Egido J., Olivares J. SÍNTESIS DE INTERLEUCINA-6 POR CÉLULAS MONONUCLEARES DE SANGRE PERIFÉRICA EN LA NEFROPATÍA IgA IDIOPÁTICA. *NEFROLOGÍA*, 1996. Vol. XVI. No. 6.pp.514.
- 25.- Ruíz Flores Luis G., Colín Piana Ricardo F., Corlay Noriega Irma Sau-Yen, Lara Muñoz Ma. del Carmen, Dueñas Tentori Héctor J. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN MEXICO: LA RELACION ENTRE LA INTENSIDAD DE LA DEPRESION, LOS SINTOMAS FISICOS DOLOROSOS Y LA CALIDAD DE VIDA. *Salud Mental*, 2007. Vol. 30, No. 2.pp.27,31,32.
- 26.- Salazar Estrada José Guadalupe, Pando Moreno Manuel, Arana Beltrán Carolina, Heredia Loza Diana Violeta. CALIDAD DE VIDA: HACIA LA FORMACION DEL CONCEPTO. Diciembre, 2005. Vol. VII. No. 3.pp.161-165.
- 27.- Salazar Estrada José G., et al. DIABETES Y CALIDAD DE VIDA: ESTUDIO COMPARATIVO EN ADULTOS CON Y SIN DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO 2 ATENDIDOS EN CENTROS DE SALUD EN GUADALAJARA. *Investigación en Salud. Universidad de Guadalajara*, 2007. Año/vol. IX. No. 002;pp.88-93.
- 28.- Samuli I., Arni S. A., Suvisa Ana, Sintonen Harri, Pirkola Sami, Koskinen Seppo, Aroma Arpo, Lönnqvist Jouko. IMPACT OF PSYCHIATRIC DISORDERS ON HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE: GENERAL POPULATION SURVEY. *British Journal of Psychiatry*, 2007. 190:pp.326-332.
- 29.- Sulaiman Sultana, Bhugra Dinesh, De Silva Padmal. SINTOMAS DE LA DEPRESION EN MUJERES DE DUBAI. *Eur. J. Psychiat.*, 2003. Vol. 17, N. 1.pp.22-32.
- 30.- Velarde-Jurado Elizabeth, Ávila-Figueroa Carlos. EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA. *Salud Pública Mex.*, 2002; 44:pp.349-361.

31.- Vilagut Gema, et al. EL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 ESPAÑOL: UNA DÉCADA DE EXPERIENCIA Y NUEVOS DESARROLLOS. Gac. Sanit., 2005; 19(2):pp.135-150.

32.- Vinaccia Stefano, et al. CALIDAD DE VIDA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE SÍNDROME DE COLON IRRITABLE. Terapia psicológica, 2005. Año/vol. 23, número 002, Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Santiago, Chile.pp.65-74.

5.1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

Ítems	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

<p>11. Ansiedad somática</p>	<p>0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
<p>12. Síntomas somáticos gastrointestinales</p>	<p>0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p>
<p>13. Síntomas somáticos generales</p>	<p>0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2</p>
<p>14. Síntomas genitales</p>	<p>0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
<p>15. Hipocondría</p>	<p>0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas</p>
<p>16. Pérdida de peso (completar A o B)</p>	<p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)</p>
<p>17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)</p>	<p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo</p>

14.3. Cuestionario de Salud EuroQoL-5D (EQ-5D)

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud *en el día de hoy*.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

Actividades cotidianas (p. ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor/malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/depresión

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

Comparado con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es:
(POR FAVOR, PONGA UNA CRUZ EN EL CUADRO)

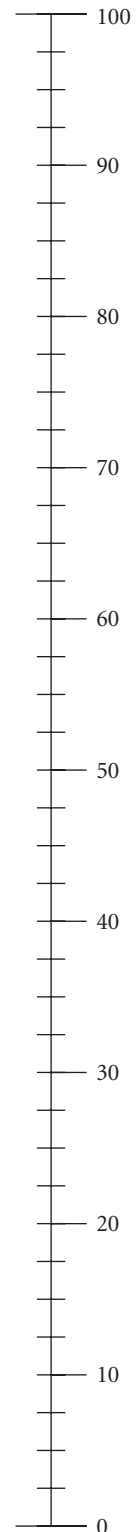
- Mejor
- Igual
- Peor

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que se pueda imaginar y con un 0 el peor estado de salud que se pueda imaginar.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice «Su estado de salud hoy» hasta el punto del termómetro que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

El mejor estado de salud imaginable



SU ESTADO DE SALUD HOY

El peor estado de salud imaginable

EPISODIO DEPRESIVO LEVE (F32.0)

Suelen estar presentes dos o tres de los síntomas enumerados a continuación. El paciente, por lo general, está afectado por ellos, pero probablemente podrá seguir con muchas de las actividades que realiza.

- A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32).
- B. Presencia de, por lo menos, dos de los tres síntomas siguientes:
 - 1.- Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas.
 - 2.- Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
 - 3.- Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.
- C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de cuatro:
 - 1.- Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.
 - 2.- Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.
 - 3.- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
 - 4.- Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.
 - 5.- Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).
 - 6.- Cualquier tipo de alteración del sueño.
 - 7.- Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

EPISODIO DEPRESIVO MODERADO (F32.1)

- A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32).
- B. Presencia de, al menos, dos de los tres síntomas descritos en el criterio B de F32.0.
- C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, para sumar un total de al menos seis síntomas.

EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS (F32.2)

- A. Deben cumplir los criterios generales de episodio depresivo (F32).
- B. Presencia de los tres síntomas del criterio B de F32.0.
- C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, hasta un total de al menos ocho.
- D. Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.

EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS (F32.3)

- A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32).
- B. Deben cumplirse los criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2), a excepción del criterio D.
- C. No se cumplen los criterios de esquizofrenia (F20.0-F20.3) ni de trastorno Esquizoafectivo (F25.1).
- D. Presencia de cualquiera de los siguientes:
 - 1.- Ideas delirantes o alucinaciones, diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia –criterio G1.1.b, c) y d) de F20.0-F20.3- (es decir, ideas delirantes que no sean completamente inverosímiles o culturalmente inapropiadas, y alucinaciones que no sean voces en tercera persona o comentando la propia actividad). Los ejemplos más comunes son las de un contenido depresivo, de culpa, hipocondríaco, nihilístico, autorreferencial o persecutorio.
 - 2.- Estupor depresivo.