

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA,  
PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL**

“Evaluación del funcionamiento y de la discapacidad en  
pacientes deprimidos tratados en el Instituto Nacional de  
Psiquiatría Ramón de la Fuente”

**Tesis que para obtener el título de especialista en  
Psiquiatría presenta:**

**Verónica Lara Hernández**

---

Tutor Teórico  
Dra. María del Carmen  
Lara Muñoz

---

Tutor Metodológico  
Dra. Danelia Mendieta  
Cabrera



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## RESUMEN

La depresión es un estado de ánimo en donde el sujeto muestra pérdida de energía e interés, sentimiento de culpa, dificultad para concentrarse, pérdida del apetito y pensamientos de muerte o suicidio. La prevalencia de los trastornos del estado de ánimo oscila entre 2 y 25%. La depresión incrementa el nivel de la disfunción y de la discapacidad. El curso de la discapacidad es paralela al de la depresión. La Organización Mundial de la Salud ha promovido y apoyado el desarrollo de instrumentos de evaluación de calidad de vida, y del impacto de la enfermedad.

Varios autores como Prince, Peter Roy-Byrne, Alexopoulos, y Murray entre otros, han realizado estudios sobre la correlación que hay entre la depresión y la discapacidad.

Generalmente los pacientes deprimidos se quejan de pérdida de energía, dificultad para realizar actividades de tipo escolar o de trabajo, la consecuencia es la discapacidad. El enfoque farmacológico ha revolucionado el tratamiento de los trastornos de ánimo. Se debe de considerar ciertas herramientas de ayuda para el diagnóstico como la escala de WHO-DAS II.

El estudio evaluó la mejoría de la depresión y de la discapacidad.

Se incluyeron 120 pacientes con rango de edad de 18-60 años con diagnóstico de depresión mayor, que recibieron tratamiento antidepresivo. Se utilizaron instrumentos de evaluación como: Hamilton, Beck, SF-36, y WHO-DAS con un seguimiento de 2 meses.

Se observó correlación de la mejoría en la depresión y la discapacidad.

## INTRODUCCIÓN

La depresión es un estado de ánimo en el que el sujeto muestra pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse, pérdida del apetito y pensamientos de muerte o suicidio. Otros signos y síntomas de los trastornos del estado de ánimo consisten en cambios en el nivel de actividad, las funciones cognitivas, el lenguaje y las funciones vegetativas (como el sueño, apetito, actividad sexual y otros ritmos biológicos). Estos cambios casi siempre originan un deterioro del funcionamiento interpersonal, social y laboral.

Ya en la antigüedad se describían casos de depresión. Numerosos textos antiguos contienen descripciones de lo que hoy conocemos como trastornos del estado de ánimo. “La historia del Rey Saúl en el Antiguo Testamento del libro bíblico y la del suicidio de Ajax en la obra La Ilíada de Homero describen síndromes depresivos” (Kaplan y cols, 1999).

Kraepelin también describió una forma de depresión denominada “melancolía involutiva”, y que se ha considerado desde entonces una forma de trastorno del estado de ánimo de inicio tardío.

La prevalencia de los trastornos del estado de ánimo oscila entre 2 y 25%; 10-25% mujeres, 5-12% hombres (Kaplan y cols, 1999).

Los factores causales pueden dividirse en biológicos y psicosociales, pero se trata de una división artificial dada la probable interacción.

Para el año 2020, las enfermedades no reportadas como la depresión causarán 7 de cada 10 muertes en las regiones en vías de desarrollo, comparadas con menos de la mitad ahora (Murray y cols, 1996).

## DEPRESIÓN Y DISCAPACIDAD

La discapacidad según la ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) es definida como la restricción o carencia, resultado de una deficiencia en la habilidad para ejecutar una actividad, que se considera como normal.

La evaluación de la discapacidad durante muchos años se enfocó a los enfermos con limitaciones físicas, pero en 1996 la Organización Mundial de la Salud, y la División de la Estadística de las Naciones Unidas, junto con la clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades, y Minusvalía, han desarrollado un programa con 3 metas específicas:

- 1.- Incorporar condiciones no fatales dentro de la valoración del estado de salud.
- 2.- Desarrollar programas creíbles.
- 3.- Medir peso de enfermedad y lesiones en costo, que puedan ser usados para valorar costo-efectividad de las intervenciones, en términos de costo por unidad de peso de enfermedades evitadas (Murray y cols, 1996).

De acuerdo al estudio de la Carga Global de la Enfermedad, de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial (World Health Organization World Bank Global Burden of Disease), basados en los trastornos neuropsiquiátricos, “estados de salud”, y “desarrollo de productividad económica de más prevalencia en países de tercer mundo”; se considera a la depresión unipolar, violencia, dependencia a alcohol, trastorno bipolar, y esquizofrenia entre las causas que más producen discapacidad en todo el mundo (Murray y cols, 1996).

Es importante señalar que aunque hay compatibilidad conceptual entre “calidad de vida” y “discapacidad”, la “calidad de vida” alude a lo que la gente siente acerca de su enfermedad o las consecuencias de la misma; es una concepción de “sentirse bien” subjetivamente.

Por otro lado los conceptos de enfermedad-discapacidad se refieren a signos objetivos y exteriorizados en el sujeto (ICIDH-2 International Classification of Functioning and Disability Beta-2 draft for fields trials. Geneva; World Health Organization, 1999).

El panel del Consenso de la depresión consideró la depresión como un estado de “sufrimiento” y “carga” para la familia y las instituciones que proveen cuidado para el anciano por discapacidad. Hay evidencias de que la depresión a largo plazo conduce a la discapacidad.

Algunos estudios han detectado que pacientes deprimidos tratados en primer nivel de atención tuvieron más afectación en el área física, social y funcional en comparación con los no deprimidos (Alexopoulos y cols, 1996).

La discapacidad compromete la calidad de vida, y tiene varios resultados negativos, tal como índice elevado de admisiones al hospital, y manejo en casas de asistencia.

Estudios longitudinales sugieren que la discapacidad y los estados médicos de salud son predictores independientes de mortalidad, ya que los diagnósticos médicos no reflejan la severidad de la enfermedad, sus complicaciones, o la comorbilidad.

El curso de la discapacidad llega a ser paralela al de la depresión (Alexopoulos y cols, 1996).

El peso de los trastornos mentales no representa que una epidemia de enfermedad mental se esté extendiendo por el mundo. El peso de las enfermedades infecciosas ha disminuido, y también el de muchas enfermedades crónicas a través de la prevención y tratamiento. Actualmente los trastornos mentales constituyen un peso significativo.

La Organización Mundial de la Salud en 1975, en colaboración con el centro de la OMS para la Clasificación de las Enfermedades en París, y Organizaciones no Gubernamentales publicaron una Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía (Organización Mundial de la Salud, 1999).

Deficiencia es definida por el ICIDH como alguna pérdida o anormalidad psicológica, fisiológica o de la estructura anatómica.

Minusvalía es definida por el ICIDH como una desventaja individual resultado de la enfermedad, comparándolo con lo normal para alguien de su misma edad y sexo.

La discapacidad, y minusvalía juegan un rol central:

1.- La depresión incrementa de algún modo el nivel de “deficiencia” (función física) a discapacidad (actividad), a través de esto se valora la minusvalía (desventaja).

2.- A la vez la “deficiencia” está principalmente relacionada a depresión, lo cual al evolucionar causa discapacidad y minusvalía, y que la discapacidad esta sólo relacionada a depresión, que al evolucionar está asociada con minusvalía.

Por tanto la ORS y PAFS (Escala de enfermedad y fracciones de poblaciones atribuibles) para las asociaciones entre depresión y deficiencias individuales están generalmente más pequeñas que las asociadas con discapacidad.

La discapacidad y minusvalía pueden ocurrir independientemente de la enfermedad física, y lo que es aún más la evolución de la depresión conduce a la deficiencia de discapacidad y minusvalía (Ormel y cols, 1993, 1994).

La relación longitudinal entre discapacidad, minusvalía y depresión es compleja. Estudios longitudinales han analizado esta pregunta, se ha reportado una asociación prospectiva entre enfermedad y el inicio y mantenimiento de depresión. Estos hallazgos no evitan la posibilidad que en algunos sujetos, en algún tiempo, la asociación pueda proceder en dirección reversa (Aneshensel y cols, 1984).

La depresión ha demostrado ser tanto en hombres como en mujeres de edad avanzada un importante predictor de desarrollo de discapacidad, independientemente de otras enfermedades de base como las cardiovasculares.

No obstante hay que tomar en cuenta que algunos pacientes con sintomatología depresiva podrían haber reportado de más la discapacidad que sufrían, es por eso que las pruebas de desempeño físico fueron útiles para valorar esta asociación siendo que estos métodos demostraron el aumento en

la discapacidad en hombres mayores deprimidos mas no así en las mujeres, de ahí la importancia de haber realizado análisis específicos por sexo.

La fisiopatología de la discapacidad secundaria a depresión no se ha aclarado por completo y lo más seguro es que sea multifactorial con componentes tanto biológicos como psicológicos. Se ha propuesto una relación cardiovascular ya que en la depresión y en la discapacidad se ha encontrado una mayor afección en las arteriolas, de la misma forma en ambas condiciones se han encontrado mayores marcadores inflamatorios circulantes. Desde el punto de vista psicológico se ha propuesto que los pacientes deprimidos van con menor frecuencia a atenderse problemas de salud los cuales a la larga podrían causar discapacidad física y/o mental (Rost, 2009).

Estudios recientes documentan que hasta el 72% de los habitantes que cursan con depresión mayor actualmente acuden a centros de atención primaria, múltiples estudios afirman que dichas clínicas deben ser adaptadas para cumplir con los objetivos para reducir la discapacidad inducida por depresión. Existen numerosos estudios que muestran que la toma de estas medidas disminuyen de forma notoria la sintomatología de los pacientes que se tratan ahí comparado con clínicas que no la toman (Carbonare y cols, 2009).

## **INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE DISCAPACIDAD**

La Organización Mundial de la Salud ha promovido y apoyado el desarrollo de instrumentos de evaluación de calidad de vida y de impacto de la enfermedad. Los indicadores se seleccionan deliberadamente para reflejar problemas de interés social y aquellos para los que se busca mejoría.

Es en los países en vías de desarrollo donde existe una prioridad para invertir acertadamente en los sistemas de salud.

Se ha desarrollado la metodología del Peso Global de la Enfermedad como herramienta que permite identificar áreas prioritarias. Esta metodología ha atraído la atención de políticos y expertos en salud pública, debido a que el estudio proporciona una unidad común para la evaluación y asignación de prioridades con un amplio rango de desordenes de salud (Murray y cols, 1996).

En 1972, la OMS desarrolló un esquema preeliminar contemplando las consecuencias de la enfermedad. Para 1972, circularon clasificaciones separadas para deficiencias y discapacidades. La primera edición de la ICIDH fue publicada en 1980 (Organización Mundial de la Salud, 1999).

En 1993 se decidió comenzar un proceso de revisión de ICIDH con los siguientes objetivos:

- 1.-Que sea útil para la práctica.
- 2.-Que proporcione una visión coherente con los procesos involucrados en las consecuencias de la enfermedad, para que el proceso discapacitante sea objetivamente comprendido y registrado.
- 3.-Que sea sensible a las variaciones culturales.
- 4.-Que sea utilizable en forma complementaria a la familia de clasificaciones de La OMS.

El Perfil de Impacto de la Enfermedad mide dimensión física, psicosocial e independientes (Badia y cols, 1996). The London Handicap Scale es otro de los instrumentos recientemente validado basado en 6 dimensiones de la minusvalía, descritas en la ICIDH: morbilidad, orientación, ocupación, integración social, independencia física, y autosuficiencia económica. Este perfil descriptivo es resumido en la escala de minusvalía

AO-100= rango de escala que es usado con 100, representando la no desventaja. The Short-Care activity limitation spans disability and handicap scale, evalúa el impacto de salud, en el deseo de actividades, tales como socialización, utilizando tiempo libre y remunerar el trabajo.

En un estudio transversal se realizó una encuesta de captación de sujetos de 65 años de edad, en una población con área definida geográficamente; el área fue Gospel Oak, un gobierno local del distrito electoral de Reino Unido situado cerca del norte de Londres (Prince y cols, 1997). Utilizó una población a través de un censo de casa en casa. Fue medida la depresión utilizando la escala “SHORT-CARE” y las consecuencias de la enfermedad se clasificaron de acuerdo al WHO-DAS (Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía).

El censo fue de una población total del distrito de 6036 en 1991; de donde 1029 (17%) fueron de 65 años de edad. De esto: 78% vivieron en un alojamiento subsidiado por el gobierno local, 8% en casas rentadas, y 14% eran propietarios ó dueños. El censo registró que en la población había una mayor prevalencia en relación a la “deficiencia” y desempleo. Con los índices de Odds se sobreestimó el riesgo relativo para la depresión, siendo de 2.2 a 9.4 (Prince y cols, 1997).

889 personas calificaron para la muestra del estudio. Un 74% se entrevistaron. 127 (14%) rechazaron la entrevista. 54 (6%) se mostraron evasivos sin directamente rechazarla. 51 (6%) murieron después del censo pero la entrevista pudo realizarse. 3 enfermaron. La edad media de la muestra entrevistada fue de 75-78 años de edad. Rango de 65-98 años de edad. 61% fueron mujeres de todos los entrevistados. Dentro de los que rechazaron tuvieron una edad similar y distribución de sexo; edad media 75-76 años de edad, rango de 65-94 años de edad,  $t=0.14$ ,  $P=0.88$ ; 65% mujeres,  $\chi^2=0.56$ ,  $P=0.45$ ; 27(41%) de todos los entrevistados que vivían en casas residenciales de cuidado (Prince y cols, 1997).

La prevalencia de depresión fue de 17.7% o 17.0% excluyendo a los que vivían en casa de cuidado.

La correlación entre la escala de depresión y el rango de variables de salud es de 0.27 a 0.33. Mientras que las correlaciones del grupo de variables de salud estuvo más alto, rango de 0.56 a 0.82. Las correlaciones con la escala

de minusvalía incrementaron en magnitud de número de deficiencias 0.56 a la escala de discapacidad 0.71, o de la escala de limitación de la actividad 0.82.

Con el porcentaje de depresión concluimos que la misma, en la región de Gospel Oak es relativamente una condición común. En sí la edad no está asociada per-se con depresión. La gente mayor tenía riesgo más bajo, en comparación con los recientemente jubilados (Prince y cols, 1997).

Se realizó otro estudio sobre la ansiedad generalizada y la depresión mixta, y su posible relación con discapacidad y la utilización de servicios de cuidado de salud, pero desafortunadamente muchos reportes se han enfocado sólo como uno más de los síntomas respecto a ansiedad más que considerarlo como propiamente al trastorno. Afortunadamente estos reportes proveen datos específicos para considerarlo como subsíndrome. Se encontró que la ansiedad generalizada es uno de los diagnósticos comunes vistos en pacientes que presentan médicamente quejas somáticas inexplicables tales como: dolor torácico, síntomas de colon irritable e hiperventilación. De estas asociaciones preeliminares entre ansiedad generalizada y depresión mixta se generó población con sobreutilización de servicios de salud y por lo tanto “discapacitados” (Roy-Byrne, 1996).

La idea persistente fue que la ansiedad generalizada en contraste a la ansiedad-pánico, no estaba asociada con discapacidad, no siendo necesaria una intervención. En contraste a este reporte, hay numerosos documentos sobre el grado significativo de discapacidad funcional en ansiedad generalizada. Este estudio estimó que 2/3 de pacientes con ansiedad generalizada sufrían de otro diagnóstico psiquiátrico a lo largo de su vida (90%), otros que la presentaban sola (10%), y los que la presentaban como pródromos o fase residual de otros desordenes (30%). Se consideró un 28% de pacientes con ansiedad generalizada, y un 51% con comorbilidad que interfirieron con las actividades de su vida (Roy-Byrne, 1996).

A lo largo de varios estudios se comprobó: el promedio de alteración con la aplicación de “la escala de discapacidad de Sheehan” para el trabajo, lo social, y las relaciones familiares, resultando leve a moderado en los casos de ansiedad generalizada, en comparación con los pacientes agorafóbicos que estuvieron más alterados. En otro estudio reciente se encontró un funcionamiento similar en pacientes con ansiedad generalizada, y con pánico, con la “escala de valoración global”, con un 25% para discapacidad. Finalmente otros tres estudios en primer nivel de atención a través de evaluar

funcionamiento en ansiedad generalizada-depresión mixta, en donde un 40% y 43% de pacientes con subsíndrome de ansiedad y depresión respectivamente tuvieron menos alteración en el rol social, y un 30% y 57% lo tuvieron en cuanto al rol ocupacional. Estos índices eran más altos en comparación con la población normal, pero más bajos en comparación con la población que sufría depresión mayor. El segundo estudio a través de “la escala SF-36” mostró que los pacientes ansiosos comparados con los controles tenían funcionamiento bajo en el rol social y debido a enfermedades físicas. El tercer estudio de pacientes con depresión mixta-ansiosa mostró a través de “la escala GAF”, resultado más bajo que de esos de los controles.

La Encuesta Nacional de Comorbilidad mostró que un 48% de pacientes con ansiedad generalizada y un 68% de pacientes con comorbilidad buscaron ayuda profesional; y un 25% y 46% de estos grupos tomaron medicamento en algún momento de sus síntomas ansiosos. Un estudio en población psiquiátrica mostró un índice comparable de pacientes con ansiedad generalizada que buscaron otro tipo de tratamiento médico como oposición al tratamiento psiquiátrico (44-22%). Indicando que quizá la mitad de pacientes buscan alivio de sus síntomas en sitios “médicos”. Finalmente un alto índice de pacientes con ansiedad generalizada en contraste con los de pánico (95% vs 78%) no reciben tratamiento médico (Katon y cols, 1995).

Otros autores estudiaron la relación de la discapacidad con los síntomas por medio de un examen psiquiátrico en pacientes ancianos deprimidos. Un grupo de pacientes médicos con depresión representados en un amplio rango de edad (18-75 años) presentaron alto índice de utilización de servicios de salud, con reducción en los niveles de depresión, correspondiente a 50% después de 1 año. Otro estudio de cuidados primarios de adultos jóvenes mostró mejoría en la depresión y ansiedad, en cuanto al rol social y ocupacional, evaluado igual en 1 año y 3.5 años después. Aunque la alteración funcional en pacientes jóvenes difiere de la de los pacientes geriátricos hubo hallazgos en pacientes médicos de edad avanzada. Las limitaciones es que no llega a haber una claridad entre lo que es propiamente síntomas de depresión, condiciones de comorbilidad y pérdida de la función. Se estudiaron 75 pacientes ancianos quienes fueron tratados como pacientes internos y externos en los Servicios de Cornell Instituto de Psicogeriatría, con diagnóstico de depresión mayor de quienes la función cognitiva fue de normal a demencia leve, siendo valorados con El Instrumento de valoración multinivel de Philadelphia, edad de inicio de la depresión, cronicidad de depresión, severidad de depresión, alteración cognitiva, carga médica. La relación de

síntomas depresivos a alteraciones en las actividades de la vida diaria no fue influenciada por la edad o problemas médicos. La ansiedad y la depresión así como el retardo y la pérdida de peso fueron significativamente asociadas con alteración en las actividades de la vida diaria. En la entrevista hubo una asociación entre el índice global de la discapacidad a edad avanzada en el inicio de la depresión, carga médica, y alteración global cognitiva. En sí las actividades de la vida diaria están relativamente independientes del estado de salud que está relacionado a síntomas depresivos particularmente ansiedad y depresión, retardo y pérdida de peso. En conclusión la discapacidad global está relacionada con el inicio de la depresión y la perseverancia de ésta (Alexopoulos y cols, 1996).

En un estudio se determinó la razón por la cual era común otorgar pensión por discapacidad en Finlandia. Al principio fueron las enfermedades cardiovasculares, luego esto cambió por mejoras en el tratamiento y educación sobre salud. En 1980 fueron las enfermedades músculo-esqueléticas; posteriormente esto decrece y aumentan los desórdenes psiquiátricos y fue entonces lo que condujo a otorgar pensiones por discapacidad, y entre ellos la depresión como causa número uno, ganándole incluso a la esquizofrenia (Salminen y cols, 1997).

La Institución Social Aseguradora de Finlandia publicó en la estadística anual la cantidad de razones por la cual se otorgaban pensiones por discapacidad, los datos se obtuvieron de la estadística y de la incidencia en desordenes afectivos (ICD-9 296), que fue considerado: depresión mayor en los años de 1987, 1990 y 1994. Se detectó un incremento de desordenes de 5375 a 5923 (10.2%) por un periodo de 8 años; llegando a ser 3 veces más el incremento en los desórdenes afectivos; y las pensiones otorgadas por desordenes afectivos fue de 722 en 1987, 1526 en 1990 y 2600 en 1994. La proporción de la población de la edad trabajadora y de quienes recibían pensión por discapacidad por desordenes psiquiátricos fue de 2.4% en 1987, y casi de 2.9% en 1994; representando un incremento de 21% sobre este periodo. El índice de desempleo entre población en edad trabajadora tuvo incremento de 20%, siendo responsable ciertamente un incremento en el índice de depresiones severas. La contradicción aún a esto es por el limitado número de reportes (Salminen y cols, 1997).

Otro estudio valoró relación entre los síntomas depresivos y discapacidad sobre el tiempo. Detectaron que personas con depresión sufrían de un número de limitaciones funcionales, incluyendo pobre rol físico, social

y un incremento en los días de discapacidad. Consideraron en algunas circunstancias que los médicos diagnosticaban personas con síntomas depresivos, no reuniendo criterios del DSM-III-R para depresión mayor, y eran tratados con antidepresivos tricíclicos, no reuniendo criterios incluso para otros trastornos del afecto. Fue entonces cuando se valoró en un estudio la carencia de efecto de la amitriptilina en depresión menor. En algunos estudios hubo prevalencia de 5.7% a 11.2% para depresión menor o desordenes que no reunían criterios del DSM-III-R; en las encuestas realizadas generalmente pacientes con quejas somáticas, con depresión mixta o enmascarada, generalmente se llegaban a tratar farmacológicamente sin una totalidad de criterios del trastorno y sin una guía del tratamiento (Broadhead y cols, 1990).

Agregando información al estudio se describió la relación entre depresión y síntomas depresivos y días de discapacidad y días de pérdida de trabajo en 2980 participantes en un estudio realizado en el Norte de Carolina después de un año de seguimiento. Se comparó con individuos asintomáticos. Personas con depresión mayor tuvieron 4.78 veces más riesgo de discapacidad, y personas con depresión menor con alteración del afecto, pero no depresión mayor tuvieron 1.55 veces más riesgo de discapacidad. Sin embargo de esta prevalencia los individuos con depresión menor estuvieron asociados con 51% más de días de discapacidad en la comunidad, en comparación con personas con depresión mayor. Este grupo estuvo en mayor riesgo de tener una ansiedad concomitante o desarrollar depresión mayor a lo largo de 1 año. Se concluyó que el umbral para identificar clínicamente la depresión puede requerir de una reevaluación en donde se incluyan personas con pocos síntomas pero cierta morbilidad. Se hace reflexión sobre criterios incompletos de depresión, y sólo después de una verdadera clasificación podrá científicamente evaluarse el diagnóstico y tratamiento. Se requiere de que la investigación futura reevalúe los efectos de depresión menor (Broadhead y cols, 1990).

Estudio que comparó la eficacia en 2 grupos tratados con psicoterapia de tiempo limitado para depresión crónica y discapacidad funcional. La psicoterapia (GFGP) utilizó la psicoeducación y entrenó a cada paciente en el logro de una meta individual. La terapia reminiscente (RT) enfatizó la vida individual para facilitar la discusión. Fueron sujetos de 55 años, con depresión mayor elegidos al azar a uno de los 2 grupos (N=13). Se demostró la eficacia en la farmacoterapia, intervención a largo plazo psicosocial y la combinación de ambos en el tratamiento de la depresión. Sin embargo esto no siempre da resultado exitoso en disminuir la sintomatología depresiva, otras funciones

incluyendo la discapacidad. El objetivo del estudio fue el desarrollo de un grupo con intervención de tratamiento para adultos mayores con depresión mayor, quienes a pesar de lograr remisión con medicamentos o psicoterapia continuaron con reporte con síntomas de: ansiedad, desesperanza, ideación suicida, algún grado de disminución en la funcionalidad (Klausner y cols, 1998).

Los sujetos estuvieron recolectados de la Clínica del Centro de Investigación para depresión geriátrica (CRC) del Hospital Cornell de Nueva York. Para la inclusión los sujetos cubrieron criterios de depresión mayor, y síntomas residuales a pesar de la farmacoterapia por 10 semanas o psicoterapia. Diagnóstico hecho en base a la escala de SADS. Pacientes libres de psicosis. La mayoría recibieron tratamiento antidepresivo. Se asignó a uno de los 2 grupos de psicoterapia, de acuerdo al género y nivel de discapacidad. Hubo cierto entrecruzamiento de ambos grupos sobre todo de la RT, a la GFGP (Klausner y cols, 1998).

Se les entrevistó el nivel de funcionamiento, estado afectivo y habilidad cognitiva. Se utilizó una “estructura conductual” en el grupo de GFGP incluyeron: formulación individual, psicoeducación de la depresión crónica y habilidad a cada paciente para lograr su propia meta. Específicamente la relajación reestructura a nivel cognitivo, da flexibilidad, y consigue disminuir los síntomas de desesperanza y ansiedad. La RT fue basada en el modelo de Butler, recolectando las memorias asociadas con diferentes etapas de su vida (klausner y cols, 1998).

En el estudio una mujer de cada grupo quedaron excluidas por razones de salud, una mujer de la RT presentó psicosis. No hubo diferencias significativas de los 2 grupos, ni variables demográficas. 10 de los 13 pacientes recibieron tratamiento farmacológico. En el grupo de GFGP hubo menos ansiedad, en comparación con los del RT. Las diferencias significativas en las escalas de valoración clínica de GFGP y los grupos de RT de acuerdo a la basal (N=13) fue [GFGP: escala de MAI 48.9, estado de ansiedad 43.9, variable de ansiedad 30.5] [RT: escala de valoración de multinivel de Philadelphia 33.6, estado de ansiedad 57.0, variable de ansiedad 44.2] con  $p < 0.05$ . En si se considera que la GFGP es un efectivo tratamiento en depresión crónica. Ambos modelos mejoran los síntomas depresivos (Klausner y cols, 1998).

En un estudio de corte transversal se investigó la relación entre depresión y deterioro cognitivo, en una muestra de 654 individuos de más de 65 años de edad, que correspondía a un 74% de la población total de esa edad, de un distrito electoral de Londres, por medio de la escala de Short-CARE (la escala de DDS) en una población normal de 889 sujetos en Gospel Oak. La numeración de la muestra se realizó mediante el método de visita a domicilio lo cual se hizo hasta un máximo de tres veces por casa. De los no participantes 127 (14%) rechazaron inicialmente ser incluidos en el estudio, 51 (6%) habían muerto después de haber sido incluidos en la lista de estudio, pero antes de poder ser entrevistados y 54 (6%) rechazaron su inclusión a posteriori. La edad media de la muestra es de 75.8 años y el rango de edades oscila entre 65 y 98. Un 61% de los participantes eran mujeres. Los individuos que rechazaron participar no difieren significativamente de los participantes en cuanto a su distribución de sexo, edad media, ni rango de edad (65-94). La prevalencia de depresión en la población estudiada fue de 17.7% (Cevilla y cols, 1997).

Aproximadamente una cuarta parte de la muestra (23.9%) fue considerada con deterioro cognitivo al puntuar por encima de 4 puntos en la escala de DDS de Short-CARE. Se encontró una asociación entre un número creciente de déficits de apoyo social (DAS) y deterioro cognitivo (test de tendencia significativo  $\chi^2=20.06$ ,  $p<0.01$ ). En la muestra no se detectaron diferencias significativas entre sexos, ni entre diferentes grados de formación educativa en el grupo con deterioro cognitivo. Este estudio encontró una asociación transversal entre depresión y deterioro cognitivo con una OR=3.3. El estudio confirmó la asociación transversal entre depresión y deterioro cognitivo, y esta influida por diversas variables de capacidad funcional, tales como la deficiencia, discapacidad y minusvalía (Cevilla y cols, 1997).

Otro estudio investigó la prevalencia y la severidad de la discapacidad psiquiátrica en pacientes con esquizofrenia crónica comparándolo con los que tenían desordenes afectivos. Fue un total de 128 pacientes: 80 con esquizofrenia crónica, 48 con desordenes afectivos. Clasificados con DSM-III-R y utilizando el WHO-DAS (escala de valoración de discapacidad por la Organización Mundial de Salud) (Rahman y cols, 1997).

Se estimó a lo largo de la vida que los pacientes con esquizofrenia presentaron: un 20-30% de capacidad de presentar una vida normal, 20-30% continuaban con síntomas en forma moderada, 40-60% permanecían significativamente alterados (Rahman y cols, 1997).

Un incremento de síntomas negativos estuvo particularmente correlacionado con “disfunción” en el trabajo, y lo social. Por otro lado los pacientes con depresión severa tuvieron mal desempeño en comparación con los de depresión menor o distimia. Después de 5 años un 12% de sujetos no se recuperaron al contrario fueron empeorando a lo largo de su vida. El estudio fue para determinar y comparar la frecuencia y severidad de discapacidad psiquiátrica en pacientes con esquizofrenia crónica y con desordenes afectivos; la hipótesis fue que los pacientes con esquizofrenia crónica tenían alta prevalencia y severidad de discapacidad psiquiátrica que la vista en pacientes con desordenes afectivos crónicos. Se excluían a los que tenían epilepsia, retraso mental, abuso o dependencia de sustancias. En el periodo de 1 de junio al 30 de septiembre de 1992, se rastrearon por un primer autor. Fueron 8,392 sujetos atendidos, de estos 128 llenaron los criterios y clasificaron para el estudio. 80 con esquizofrenia y 48 con desordenes afectivos. El segundo grupo incluyó 6 casos de desorden bipolar, 5 casos de depresión mayor con psicosis y 27 casos de distimia. 94% n=75 con esquizofrenia con síntomas; 31% n=25 con síntomas negativos; 69% n=50 con síntomas positivos. El índice inter. De valoración entre los 2 autores tuvieron una K valor de 0.7 para valorar discapacidad psiquiátrica, usando el WHO-DAS en varias subescalas. Los pacientes con esquizofrenia crónica tuvieron una media de duración de enfermedad de 11 años, rango de 2-32 años; en desorden afectivo crónico fue de 7 años con rango de 2-30 años (Rahman y cols, 1997).

Como conclusión: el promedio total en el DAS indicó un 65% de pacientes con esquizofrenia crónica y un 60% con desordenes afectivos que presentaron disfunción global. No hubo diferencias en la severidad de las disfunciones entre los 2 grupos;  $p > 0.05$ . El pronóstico de tales pacientes en área urbana de países desarrollados puede no llegar a ser favorable como lo describe el estudio (Rahman y cols, 1997).

El humor deprimido, la pérdida de interés y de capacidad para el placer son los síntomas claves de la depresión. Generalmente los pacientes deprimidos (97%) se quejan de pérdida de energía; encuentran difícil finalizar algunas tareas, empeora su rendimiento escolar y laboral, y disminuye su motivación para nuevos proyectos la consecuencia es “la discapacidad” (Organización Mundial de la Salud, 1999).

El estudio de la Carga Global de la Enfermedad, de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial predice la tendencia demográfica de

considerar a la depresión como la segunda causa de discapacidad para el 2020. Podemos considerar a la depresión menos ligada a la salud física y si más relacionada a largo plazo con discapacidad (Murray y cols, 1996).

Generalmente la persona discapacitada mantendrá una pobreza en la función corporal, en el nivel individual y participación social.

La información sobre el diagnóstico, unido a la información sobre el funcionamiento nos dará una visión más amplia y significativa del estado de salud de los pacientes, y facilitará la decisión para el tratamiento.

Es un número importante de pacientes los que se diagnostican de depresión en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, aproximadamente un 80% de la consulta. Generalmente se les ofrece un tratamiento farmacológico al menos durante 6 meses, considerando el grado de severidad que conlleva a un grado de discapacidad.

Hay quienes consideran que los episodios que han implicado un notable deterioro del funcionamiento psicosocial pueden indicar la necesidad de implementar un tratamiento profiláctico.

El enfoque farmacológico ha revolucionado el tratamiento de los trastornos de ánimo, y ha influido de forma espectacular en el curso de los mismos, reduciendo a la vez los costos inherentes para la sociedad.

A la vez el considerar ciertas herramientas de ayuda para el diagnóstico como la escala de WHO-DAS proporcionará un lenguaje estandarizado que facilitará la comunicación en el mundo sobre la salud.

La Organización Mundial de la Salud ha determinado que pronto la depresión será la segunda causa de discapacidad en los países desarrollados; esto se ha medido por medio de años de vida ajustados a discapacidad.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el impacto del tratamiento antidepresivo en discapacidad, en pacientes con depresión mayor.

### **Objetivo específico:**

Evaluar la relación entre la mejoría de los síntomas depresivos y la discapacidad.

## **DISEÑO DEL ESTUDIO**

Se realizó un escrutinio, descriptivo, y longitudinal.

# **MATERIAL Y MÉTODO**

## **PACIENTES**

Se incluyeron pacientes con un rango de edad de 18 a 60 años, hombres y mujeres con diagnóstico de depresión mayor, que acudieron al Instituto Nacional de Psiquiatría y que recibieron tratamiento antidepressivo. Sin retraso mental, demencia o psicosis.

## **INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN**

La Escala de Hamilton es un instrumento aplicado por un evaluador que cuantifica la intensidad de los estados depresivos (Hamilton, 1967). Cuenta con 17 reactivos y tiene una calificación máxima de 52 puntos. Fue traducida al español por Berlanga a partir de un estudio comparativo con la Escala de Carroll (Berlanga y cols, 1992).

La Escala de Depresión de Beck evalúa los síntomas depresivos en adolescentes y adultos. Incluye 21 reactivos de síntomas de la depresión y cada reactivo consiste en un grupo de cuatro afirmaciones de las cuales una tiene que ser seleccionada en relación a la forma en la que se ha sentido el paciente en la última semana. Estas afirmaciones reflejan la severidad del malestar producido por los síntomas depresivos y se califican de 0 (mínimo) a 4 (severo). La puntuación total de la escala se obtiene sumando los 21 reactivos, siendo 0 la mínima puntuación y 64 la máxima a obtener (Beck y cols, 1993).

El Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36) es un instrumento para evaluar el nivel de calidad de vida relacionada con la salud, conceptualmente basado en un modelo bidimensional de salud: física y mental. Consta de 36 reactivos que se agrupan en 8 escalas:

Funcionamiento físico (FF): que evalúa el grado en que la salud del individuo limita una serie de actividades físicas tales como ejercicios intensos, caminar, etc.

Rol físico (RF): que evalúa hasta qué punto los problemas de salud física interfirieron con el funcionamiento ocupacional del paciente.

Dolor (D): que evalúa tanto el grado de dolor como la interferencia que produce en la vida del paciente.

Salud general (SG): que evalúa la percepción personal del estado de salud así como a una serie de creencias respecto a la salud del paciente.

Vitalidad (V): que valora el nivel de fatiga y energía del paciente.

Funcionamiento social (FS): que interrogan acerca de las limitaciones en la vida sociofamiliar por problemas de salud.

Rol emocional (RE): que evalúa hasta qué punto los problemas emocionales interfirieron con el funcionamiento ocupacional del paciente.

Salud mental (SM): que evalúa el estado de ánimo del paciente (inquietud, intranquilidad) durante el último mes.

Las 8 escalas se agrupan a su vez en 2 medidas sumarias: salud física y salud mental. Las escalas que forman la medida sumaria de salud física son: FF, RF, D, SG, y V. Las escalas que forman la medida sumaria de salud mental son: SG, V, FS, RE, y SM. Los reactivos se puntúan con escalas Likert de grado variable, desde 2 hasta 6. El marco de referencia temporal es el momento actual. Todas las puntuaciones que se obtienen oscilan entre 0 y 100. No existen puntos de corte; a mayor puntuación, mejor calidad de vida (Ware, 1992).

El WHO-DAS es un instrumento de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization Disability Assessment Schedule). Evalúa el nivel de deterioro, y la discapacidad. Dependiendo de la severidad puede o no limitar la capacidad del individuo de desarrollar su función social. Está constituida por 8 áreas, y es calificada por un entrevistador.

Total: evalúa la salud física considerándola como enfermedad o lesión, salud mental desde estrés causado por problemas de la vida diaria hasta formas más específicas de enfermedad mental, problemas relacionados con alcohol o drogas, y salud en general (Organización Mundial de la Salud, 1999).

- 1.- Compresión y comunicación: evalúa la dificultad en relación a la comprensión y comunicación.
- 2.- Capacidad para moverse en su alrededor o entorno.
- 3.- Cuidado personal: evalúa la dificultad en su cuidado personal.
- 4.- Relación con otras personas.
- 5.- Actividades de la vida diaria: evalúa la dificultad en realizar los quehaceres de la casa, y cuidar de las personas que conviven con el paciente o que le son cercanas.
- 6.- Participación en la sociedad: evalúa la dificultad relacionada a su participación en la sociedad y el impacto que el problema de salud ha tenido sobre el paciente y su familia.

La calificación va de 0 ninguna discapacidad hasta 100 el máximo de discapacidad.

## **PROCEDIMIENTO**

Se entrevistaron a 120 pacientes que fueron diagnosticados con depresión mayor, del servicio de preconsulta en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, con un seguimiento de 2 meses en promedio.

Se evaluaron con las Escalas: WHO-DAS, Escala de Depresión de Hamilton, Escala de Depresión de Beck y Escala SF-36. Un evaluador calificó la Escala de WHO-DAS, y la Escala de Depresión de Hamilton. Fueron autoaplicables: la Escala de Depresión de Beck y la Escala SF-36. No se marcó un tiempo límite para realizarlas, pero fue de 45 minutos aproximadamente en total.

A los pacientes se les prescribieron antidepresivos, indicados por el médico. Se les citó en 8 semanas posteriores.

En la segunda evaluación se aplicaron las mismas escalas. El total en esta ocasión fue de 100 pacientes. Algunas entrevistas se realizaron exactamente 8 semanas después de persona a persona. A otros pacientes se les realizó la entrevista después de varias llamadas telefónicas. También con un promedio de tiempo de 45 minutos.

## RESULTADOS

Ingresaron al estudio 120 pacientes, de los cuales 100 fueron mujeres (84%) y 19 hombres (16%).

La edad promedio de los pacientes fue de 36.9 años para las mujeres y 30.9 años para los hombres. Con un nivel de escolaridad en la mujer de 11.2 años y en el hombre de 14.4 años. El valor máximo de escolaridad fue de 25 años, mientras que el valor mínimo fue de 2 años.

En cuanto a la religión, el 83.1% fueron católicos. Otras religiones fueron espiritistas, evangelistas.

El estado civil de los de los pacientes estudiados, el 58.8% eran casados o vivían en pareja.

Respecto a la ocupación un 45.3% se dedicaban al hogar, siendo otro número importante aunque inferior el de desempleado con un 9.2% (Cuadro 1).

**Cuadro 1. Sexo, edad, escolaridad, estado civil y ocupación de los pacientes estudiados**

<b>Sexo</b>	<b>Mujeres n= 100</b> <b>X (de)</b>	<b>Hombres n =19</b> <b>X (de )</b>
<b>Edad</b>	36.9 (11)	30.9 (11)
<b>Escolaridad</b>	11.2 (3.9)	14.4 (3.4)
<b>Estado civil</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Casado	70	58.8
Soltero	33	27.7
Divorciado	13	10.9
Viudo	3	2.5
<b>Ocupación</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Hogar	54	45.3
Empleado	20	16.8
Estudiante	11	9.2
Desempleado	11	9.2
Comerciante	5	4.2
Maestra	5	4.2
Costurera	3	2.5
Doméstica	2	1.7
Enfermera	2	1.7
Odontólogo	2	1.7
Arqueólogo	1	0.8
Ingeniero Civil	1	0.8
Jubilado	1	0.8
Socióloga	1	0.8

La principal comorbilidad de la depresión fue con el trastorno de ansiedad en un 41.3%.

El porcentaje mayor fue para los pacientes que presentaron el primer episodio depresivo mayor con un 58.8%, mientras que los que ya contaban con antecedentes de otros episodios presentaron un 41.1%.

El tratamiento de los pacientes por cuadros depresivos previos fue principalmente el farmacológico, siendo la imipramina la primera utilizada con un 39.1%, seguida de la paroxetina con un 13.0% y en un tercer lugar la fluoxetina con un 8.7% (Cuadro 2).

**Cuadro 2. Características clínicas y antecedentes de episodios depresivos de los pacientes estudiados**

<b>Comorbilidad</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ansiedad	19	41.3
Distimia	9	19.5
Trastornos de la Personalidad	8	17.3
Trastorno de la Alimentación	7	15.2
Duelo	2	4.3
Sustancias	1	2.1
<b>Antecedentes de episodios depresivos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Antecedentes de episodios depresivos	49	41.1
<b>Tratamientos previos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Imipramina	9	39.1
Paroxetina	3	13.0
Fluoxetina	2	8.7
Mianserina	1	4.3
Motival	1	4.3
Diacepam	1	4.3
Sulpiride	1	4.3
Psicoterapia	3	13.0
Múltiples	1	4.3
Ignorado	2	8.3

La principal comorbilidad de la depresión mayor con otros diagnósticos médicos fue la hipertensión arterial en un 16.9%, seguido de gastritis en un 15.4%, y colitis en un 14.0%.

Por ende los medicamentos altamente prescritos por otros diagnósticos médicos fueron principalmente captopril en un 17.8%, glibenclamida en un 7.1%, y difenidol en un 7.1% (Cuadro 3).

**Cuadro 3. Diagnósticos y tratamientos médicos de los pacientes estudiados**

<b>Diagnósticos Médicos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Hipertensión arterial	12	16.9
Gastritis	11	15.4
Colitis	10	14.0
Diabetes mellitus II	7	9.8
Cefalea	5	7.4
Hipotensión arterial	4	5.6
Cáncer	4	5.6
Embarazo	4	5.6
Insuficiencia renal	2	2.8
Miomatosis	2	2.8
Otros	10	14.0
<b>Tratamientos Médicos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Captopril	5	17.8
Glibenclamida	2	7.1
Difenidol	2	7.1
Otros	16	3.6

Todos los pacientes estudiados fueron tratados con un antidepresivo, principalmente se utilizó un inhibidor selectivo de la serotonina como la fluoxetina en un 40.2%, además de la paroxetina en un 22.2 %, y el citalopram en un 9.7%. Otro tratamiento prescrito fue principalmente el clonazepam con un 72.2%, dejando muy por debajo a los neurolépticos con un 5.5% (Cuadro 4).

**Cuadro 4. Tratamientos indicados a los pacientes estudiados**

<b>Antidepresivos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Fluoxetina	29	40.2
Paroxetina	16	22.2
Citalopram	7	9.7
Imipramina	4	5.5
Reboxetina	4	5.5
Venlafaxina	3	4.1
Sertalina	2	2.7
Clorimipramina	1	1.3
Fluvoxamina	1	1.3
Desipramina	1	1.3
Mianserina	1	1.3
<b>Otros</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Clonazepam	26	72.2
Neurolépticos	2	5.5
Alprazolam	2	5.5
Carbamacepina	2	5.5
Diacepam	1	2.7
Bromazepam	1	2.7
Loracepam	1	2.7
Oxcarbacepina	1	2.7

La correlación entre el funcionamiento y la depresión en la primera evaluación fue con mayor coeficiente en la escala de Beck para salud mental, dolor corporal y funcionamiento social; en la escala de Hamilton para dolor corporal, rol físico y vitalidad (Cuadro 5).

**Cuadro 5. Correlación entre el funcionamiento y la depresión en la evaluación basal**

<b>SF-36</b>	<b>Beck</b>	<b>Hamilton</b>
Funcionamiento físico	-0.42	-0.19
Rol físico	-0.33	-0.33
Dolor corporal	-0.48	-0.41
Salud general	-0.38	-0.29
Vitalidad	-0.43	-0.32
Funcionamiento social	-0.47	-0.30
Rol emocional	-0.18	-0.18
Salud mental	-0.58	-0.31

La correlación entre el funcionamiento y la depresión en la segunda evaluación se muestra con mayor coeficiente en la escala de Beck para funcionamiento social, salud mental y vitalidad; en la escala de Hamilton para salud mental, vitalidad, y funcionamiento social (Cuadro 6).

**Cuadro 6. Correlación entre el Funcionamiento y la Depresión en la Evaluación Final**

<b>SF-36</b>	<b>Beck</b>	<b>Hamilton</b>
Funcionamiento físico	-0.51	-0.46
Rol físico	-0.42	-0.49
Dolor corporal	-0.70	-0.54
Salud general	-0.65	-0.57
Vitalidad	-0.73	-0.69
Funcionamiento social	-0.79	-0.65
Rol emocional	-0.55	-0.60
Salud mental	-0.78	-0.71

La correlación de las diferencias entre la primera y segunda evaluación en el funcionamiento y en la depresión se muestra con coeficiente significativo en la escala de Beck para salud mental, vitalidad, y funcionamiento social; en la escala de Hamilton para funcionamiento social, vitalidad, y rol emocional (Cuadro 7).

**Cuadro 7. Correlación de las diferencias entre la primera y segunda evaluación**

<b>SF-36</b>	<b>Beck</b>	<b>Hamilton</b>
Funcionamiento físico	-0.17	-0.23
Rol físico	-0.20	-0.33
Dolor corporal	-0.44	-0.35
Salud general	-0.40	-0.31
Vitalidad	-0.58	-0.40
Funcionamiento social	-0.53	-0.47
Rol emocional	-0.25	-0.40
Salud mental	-0.60	-0.34

En cuanto a la discapacidad y la depresión en una primera evaluación existió correlación significativa con coeficiente mayor en la escala de Beck para participación en la sociedad, cuidado personal, y actividades escolares o de trabajo; en la escala de Hamilton para actividades escolares o de trabajo, relación con otras personas, y participación en la sociedad (Cuadro 8).

**Cuadro 8. Correlación basal entre la discapacidad y la depresión**

<b>WHO-DAS</b>	<b>Beck</b>	<b>Hamilton</b>
Salud total	0.49	0.38
Compresión y comunicación	0.42	0.40
Capacidad para moverse en su alrededor o entorno	0.41	0.31
Cuidado personal	0.52	0.36
Relación con otras personas	0.44	0.41
Actividades de la vida diaria	0.35	0.24
Actividades escolares o de trabajo	0.50	0.45
Participación en la sociedad	0.59	0.41

En cuanto a la discapacidad y la depresión en una segunda evaluación existió correlación significativa con coeficiente mayor en la escala de Beck para participación en la sociedad, relación con otras personas, y actividades de la vida diaria; en la escala de Hamilton para participación en la sociedad, actividades de la vida diaria, comprensión y comunicación (Cuadro 9).

**Cuadro 9. Correlación final entre la discapacidad y la depresión**

<b>WHO-DAS</b>	<b>Beck</b>	<b>Hamilton</b>
Salud total	0.57	0.47
Comprensión y comunicación	0.59	0.52
Capacidad para moverse en su alrededor o entorno	0.54	0.45
Cuidado personal	0.53	0.50
Relación con otras personas	0.64	0.42
Actividades de la vida diaria	0.62	0.53
Actividades escolares o de trabajo	0.59	0.46
Participación en la sociedad	0.70	0.61

La correlación de las diferencias entre la primera y segunda evaluación en la discapacidad y en la depresión fue significativa, con coeficiente mayor en la escala de Beck para actividades escolares o de trabajo, participación en la sociedad, relación con otras personas; en la escala de Hamilton para participación en la sociedad, relación con otras personas, actividades de la vida diaria y actividades escolares o de trabajo (Cuadro 10).

**Cuadro 10. Correlación de las diferencias entre la primera y segunda evaluación**

<b>WHO-DAS</b>	<b>Beck</b>	<b>Hamilton</b>
Salud total	-0.16	-0.21
Comprensión y comunicación	-0.38	-0.33
Capacidad para moverse en su alrededor o entorno	-0.14	-0.28
Cuidado personal	-0.25	-0.28
Relación con otras personas	-0.48	-0.37
Actividades de la vida diaria	-0.34	-0.35
Actividades escolares o de trabajo	-0.49	-0.35
Participación en la sociedad	-0.44	-0.45

## DISCUSIÓN

Los pacientes estudiados son similares a los que se han encontrado en una mayoría de la población deprimida respecto al sexo femenino, como lo refirió Cevilla en su estudio que realizó en la población de Londres, o Kaplan en la prevalencia que da para los trastornos de ánimo (Cevilla, 1997 y Kaplan, 1999). Se trata de pacientes en edad reproductiva, como lo refirió Prince cuando en su estudio encontró que se deprimieron más los que estaban recientemente jubilados en comparación con los “viejos”, o el de Salminen donde el índice de desempleo fue en una edad trabajadora, debido a la depresión (Prince, 1997 y Salminen, 1996). La comorbilidad de nuestros pacientes fue con ansiedad, según Roy Byrne en su estudio, quien describió que la depresión comórbida con la ansiedad les producía mayor interferencia con su vida, aunque hay otros reportes que apoyan lo contrario (Roy Byrne, 1996). La mayoría de pacientes no habían presentado cuadros depresivos, y para los que tenían depresión previa al fármaco el más utilizado fue la imipramina. La enfermedad médica fue la hipertensión arterial, y por consiguiente el fármaco más utilizado fue el captopril. Se les prescribió a la mayoría fluoxetina y clonazepam. La funcionalidad de los pacientes deprimidos se vio afectada, principalmente en salud mental, vitalidad, funcionamiento social, y rol emocional, como en el estudio de Broadhead en que los pacientes deprimidos sufrían de un número de limitaciones funcionales, incluyendo el rol físico, social e incluso de la discapacidad (Broadhead, 1990). La Organización Mundial de la Salud refirió que la depresión lleva a la disfunción y a la vez a la discapacidad; nuestro estudio detectó discapacidad en la población estudiada con depresión, con mayoría para las actividades escolares o de trabajo. Cabe mencionar el estudio de Salminen que la principal causa de pensionados en Finlandia era por depresión a una edad de trabajo (Salminen, 1996). Otras áreas de mayoría fueron la relación con otras personas, participación en la sociedad, y actividades de la vida diaria, como en el estudio de Cevilla en donde encontró un verdadero deterioro cognitivo en pacientes deprimidos a través de una asociación transversal (Cevilla, 1997).

## **CONCLUSIÓN**

En nuestro estudio efectuado en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, en una población de 120 pacientes concluimos que existe una correlación entre la mejoría de la depresión como en la discapacidad, al igual que entre la depresión con la disfunción, y la disminución con un tratamiento antidepressivo.

## REFERENCIAS

ALEXOPOULOS G S, VRONTOU C, KAKUMA T, MEYERS B, YOUNG R C, KLAUSNER E, CLARKIN J: Disability in Geriatric Depression; Am J Psychiatry. 1996; 153:7.

BADIA X, ALONSO A: Validity and Reproducibility of the Spanish Version of the Sickness Impact Profile. J Clin Epidemiol. 1996; vol. 49, No. 3 pp. 359-365.

BECK A T, STEER R A: Beck Depression Inventory. The Psychological Corporation, San Antonio TX. 1993.

BERLANGA C, CORTÉS J, BAUER J: Adaptación y validación de la escala de Carroll en español. Salud Mental 1992; 15(4); 36-39.

BORRADOR B-1. Para los estudios de campo. 1997.

BROADHEAD W E, BLAZER D G: Depression, Disability Days, and Days Lost from Work in a prospective Epidemiologic Survey. JAMA. 1990. Vol 264, no 19.

CARBONARE L D, MAGGI S, NOALE M, GIANNINI S, ROZZINI R, LO CASCIO V, CREPALDI G: Physical disability and depressive symptomatology in an elderly population: a complex relationship. The Italian longitudinal study on aging. A J Geriatr Psychiatry. 2009; 17, 2.

CEVILLA J A, LOPEZ-IBOR M I, MARTÍNEZ-RAGA J, PRINCE M J: Depresión y deterioro cognitivo: un estudio transversal de comorbilidad. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr. 1997; 25, 1 (11-16).

HAMILTON M: Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Clin Psychology. 1967; 6:278.

HAWLWY D J, WOLFE F: Anxiety and depresión in patients with rheumatoid arthritis: aprospective study of 400 patients. J Rheumatol. 1998; 15-932-41.

KAPLAN H I, SADOCK B J: Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. Sinopsis de Psiquiatría. 1999; 593-648.

KATON W, HOLLIFIELD M, CHAPMAN T, MANNUZA S, BALLENGER J, FYER A: Infrequent Panic Attacks: Psychiatric Comorbidity, Personality Characteristics And Funcional Disability. J Psychiatr. 1995; Vol 29; 121-131.

KEMPEN G I J M, ORMEL J ET AL: The Assessment of disability with the Groningen Activity Restriction Scales, Conceptual Framework and Psychometric properties. Soc Sci Med. 1996; Vol 43, No. 11: 1601-1610.

KLAUSNER E J, CLARKIN J E, SPIELMAN L: Late-Life Depression And Funcional Disability: The Rol of Goal-Focused Group Psychotherapy. International Journal of Geriatric Psychiatry. 1998; 13, 707-716.

MCQUAID J R, MURRAY B S, LAFFAYE CH: Depression in a Primary Care Clin: The Prevalence and Impact of an Unrecognized Disorder. Journal of Affective Disorders. 1999; 55, 1-10.

MURRAY C J L: Cuantificación de la carga de enfermedad: la base técnica del cálculo de los años de vida ajustados en función de la discapacidad. Bol Oficina Sanit Panam. 1995; 118-3.

MURRAY C J L, LOPEZ A D: The Global Burden of Disease. World Health Organization Geneva, Switzerland. 1996; 1-44

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: WHO-DAS II, Cuestionario para la Evaluación de Discapacidades, Versión en Lengua Española, Borrador para los Estudios de Campo sobre Validez y Fiabilidad. 1999.

PARKERSON JR G R, BROADHEAD W E AND TSE CH J: The Duke Severity of Illness Checklist of Measurement of Severity and Comorbidity. *J Clin Epidemiol.* 1993; Vol 46, No 4, 379-393.

PRINCE M J, HARWOOD R H, BLIZARD A, THOMAS A, MANN A H: Impairment, disability, and handicap as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project V *Psychological Medicine.* 1997; 27, 311-321.

RAHMAN M B A, INDRAN S K: Disability in Schizophrenia, and Mood Disorders in a Developing Country. *Soc Psychiatry Epidemiol.* 1997; 32, 387-390.

ROST K: Disability from Depression: The public health challenge to primary care. *Nord J Psychiatry.* 2009; 63, 17-21.

ROY-BYRNE P P: Generalized Anxiety and Mixed Anxiety-Depression: Association with Disability and Health Care Utilization. *J Clin Psychiatry.* 1996; 57, suppl 7.

SALMINEN K, SAARIJÄRVI S, RAITASALO R: Depression and disability pension in Finland. *Actas Psychiatr Scand.* 1997; 95, 242-243.

SCHWARTLANDER B: Global Burden of Disease. *The Lancet.* 1997; Vol 350.

WARE J E: The MOS 36-item Short-Form Health-Survey (SF-36): I Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992; 30: 473-483.