



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ”

TÍTULO:

CALIDAD DE VIDA Y DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA.

PRESENTA:

DR. DAVID ALBERTO RODRÍGUEZ PINEDA.

TUTOR TEÓRICO
DR. MANUEL ALEJANDRO MUÑOZ SUAREZ.

TUTOR METODOLÓGICO
DRA. DANIELA MENDIETA CABRERA.

MÉXICO, D.F. a 30 DE JULIO DEL 2014.



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.

DEDICATORIA

Esta tesis la dedico a mis padres que siempre me han apoyado de manera incondicional en todas las decisiones que he tomado en mi vida, y me han alentado a continuar siempre hacia adelante y lograr vencer las vicisitudes de la vida.

A mis hermanos que están prestos a apoyarme en cualquier momento, y ojala este trabajo sea un ejemplo para ellos de que con esfuerzo podemos lograr cualquier objetivo.

AGRADECIMIENTOS

A mis tutores: Dra. Danelia Mendieta y Dr. Manuel Alejandro Muñoz, por el apoyo, la paciencia y el tiempo que me brindaron para la realización de esta tesis.

A todos los profesores que he tenido a lo largo de mi formación como psiquiatra por sus muy valiosas enseñanzas académicas y aún más por compartir sus experiencias y ser catalizadores de mi desarrollo personal.

Mil gracias.

David A. Rodríguez Pineda 30 de julio de 2014

TABLA DE CONTENIDO

MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES.....	4-9
JUSTIFICACIÓN.....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
OBJETIVOS.....	10
OBJETIVOS GENERALES.....	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
HIPÓTESIS.....	11
MATERIAL Y MÉTODO.....	11
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	11
UNIVERSO DE LA MUESTRA.....	11
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	11
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	11
VARIABLES.....	12
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	13
PROCEDIMIENTO.....	14
FLUJOGRAMA.....	15
IMPLICACIONES ÉTICAS.....	15
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	15
RESULTADOS.....	16-24
DISCUSIÓN.....	24-26
CONCLUSIONES.....	27
REFERENCIAS.....	28-30
ANEXOS.....	31-34
Carta de consentimiento informado para familiar.....	31-32
Carta de Asentimiento informado para paciente.....	33-34
Inventario de discapacidad de Sheehan.....	35

I.- MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES.

DEFINICIÓN.

El trastorno mental es un trastorno clínicamente significativo del comportamiento o un trastorno psicológico que ocurre en un individuo y está asociado con sufrimiento, discapacidad o un aumento significativo del riesgo de sufrir muerte, dolor, discapacidad o una importante pérdida de la libertad (1). La depresión es un trastorno heterogéneo con un curso altamente variable con una inconsistente respuesta a tratamiento. La depresión está relacionada con las emociones normales de tristeza y duelo, pero esta no remite cuando las causas externas de estas emociones se disipan, y no es proporcional a sus causas. El clásico estado de depresión severo a menudo no tiene una causa externa precipitante (2). El término depresión fue introducido en el siglo XIX, originalmente como “depresión mental”, para describir una disminución del espíritu, y vino a remplazar a la melancolía como diagnóstico. Es una reacción psicobiológica del organismo al estrés en el cual los factores orgánicos tienen que ver. El concepto de depresión, para la CIE 10 y el DSM-IV, es esencialmente un síndrome clínico, definido por el número de sus rasgos clínicos, que no requiere una clara etiología, y reconoce la posibilidad de factores psicológicos y biológicos como causa. Implica un grupo de síntomas y signos que tienden a de ocurrir juntos, los cuales se asume son reflejo de una fisiopatología común, que puede aún no ser entendida, pero que tiene diversas etiologías en diferentes casos. (1, 3) En el DSM –IV se enlistan ocho síntomas calificativos para el trastorno depresivo mayor, requiriendo que estén al menos cinco síntomas presentes y dentro de estos uno de los dos síntomas principales, juntos con una duración de 2 semanas o más, e interfiere considerablemente con el trabajo o con las relaciones familiares.

EPIDEMIOLOGÍA.

De acuerdo con la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica realizada en México entre el 2001 y 2002, con una muestra representativa de la población urbana entre los 18 y 65 años de edad, que incluyó 5782 participantes (4), el 9.2% de la población ha tenido un episodio depresivo en la vida y una de cada cinco personas llegará a cursar algún trastorno antes de cumplir 75 años (5). La tasa de prevalencia anual en México en población de 18 a 65 años de edad fue de 4.8%, superada solamente por los trastornos de ansiedad con una prevalencia anual de 6.8%, (4,6). El tiempo de latencia para buscar tratamiento en personas con depresión de inicio en la adultez fue en promedio de 1.8 años y aquellas que han tenido depresión antes de los 18 años tardan en promedio 10.6 años para buscar tratamiento, desde el primer episodio depresivo (4,1).

Se ha encontrado que en las mujeres jóvenes con menos puntaje de tradicionalidad en el rol de género tiene menor riesgo de depresión (7). Así también las mujeres, iniciando en la adolescencia, tienen una prevalencia más alta que los hombres de padecer depresión o síntomas somáticos como cefaleas, insomnio, fatiga, trastornos de alimentación y de la imagen corporal, y todos estos síntomas se han encontrado estar más fuertemente relacionado a depresión entre las mujeres que entre los hombres (8). El estado civil se encuentra como factor asociado a los trastornos depresivos. Se ha encontrado que en países ricos las personas separadas o que nunca se casaron, tienen una mayor asociación con la depresión; mientras que las personas divorciadas y viudas en los países pobres tuvieron una mayor asociación con la depresión, y las personas con un nivel bajo de educación en países como México tienen mayor riesgo de depresión (4,9). Un estudio realizado en varios países encontró que entre el 40 y 50% de las personas que alguna vez tuvieron algún trastorno depresivo presentaron uno en el último año, y que entre el 45 y 65% de quienes tuvieron un trastorno depresivo en el último año sufrieron el padecimiento en el último mes (10).

Un estudio realizado en salas de urgencias en países latinoamericanos, incluyendo a México, encontró que entre el 23 y 25% de los pacientes en salas de urgencias cursaban con trastorno depresivo (11). Uno de los motivos por lo que la depresión tiene un gran impacto en la salud pública es su alto grado de discapacidad. Estudios de la encuesta mundial de salud mental mostraron que en general las personas atribuyen mayor discapacidad a los trastornos mentales que a los físicos, esto debido a la mayor discapacidad social y en las tareas personales cotidianas (12). Esta encuesta mundial determinó que en México las personas que padecieron algún trastorno de salud mental en el último año perdieron en promedio 27 días productivos si el trastorno fue grave y alrededor de siete días si la gravedad fue moderada (13). En encuestas que se realizaron en varios países muestran que las personas que parecen un trastorno de ansiedad o depresivo tienen alrededor de cuatro veces mayor probabilidad de presentar discapacidad significativa que quienes cursan con algún otro padecimiento físico comórbido como diabetes, enfermedades respiratorias, enfermedades del corazón o artritis; así también se encontró que la combinación de trastornos físicos y mentales genera mayor discapacidad que cuando ocurren por separado (14). En los adolescentes y jóvenes estudiantes la depresión es una condición subyacente a muchos problemas como el uso de drogas ilícitas, sexo sin protección, violencia, entre otras, de una forma cada vez más temprana (15). En un estudio realizado en México sobre suicidio se mostró que el 18.6% de las personas con un intento suicida tenían algún trastorno depresivo, más del 40% presentaban algún trastorno de ansiedad, un 28% tenían algún trastorno de control de impulsos y el 16% algún trastorno por uso de sustancias, principalmente el uso de alcohol (16).

ETIOLOGÍA.

Aproximadamente un tercio del riesgo de desarrollar depresión es heredable y los otros dos tercios son medioambientales (17). La etiología de la depresión actualmente es mejor explicada por la interacción gen – ambiente, un modelo similar al de otros trastornos complejos como el cáncer, la hipertensión y la diabetes. El enfoque de este modelo ha sido en tres sistemas de monoaminas mayores: serotonina, norepinefrina y dopamina (18). Estudios neuroendocrinos y de líquido cefalorraquídeo realizados posmortem, en pacientes deprimidos, muestran una actividad disminuida en neuronas serotoninérgicas. Estudios de imagen con tomografía computada con emisión de positrones (TEP) realizadas posmortem a paciente deprimidos sin tratamiento demostraron una reducción en el número de sitios de acoplamiento del transportador de serotonina (SERT), el sitio de acción de los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS), en mesencéfalo y amígdala, así como una reducción de los subtipos de receptores de serotonina tanto presináptica en el mesencéfalo y posináptica en la corteza temporomedial de pacientes deprimidos (19,20). La participación de los circuitos de serotonina en la depresión está apoyada por la observación de pacientes deprimidos en remisión después de tratamiento con ISRS, cuando son sometidos a una reducción de la disponibilidad de serotonina en el sistema nervioso central muestran un regreso rápido de los síntomas depresivos (21). Se ha observado que los individuos con alelos de la región promotora del gen SERT (SLC 6A4), asociado con la reducción de la capacidad funcional del SERT, son usualmente vulnerable a los efectos depresogénicos de una vida temprana con estrés como el maltrato infantil o la negligencia (22). Esto sugiere que en individuos vulnerables, la reducción de la disponibilidad de serotonina está asociada con una rápida aparición de depresión, especialmente en aquellos expuestos a estrés en etapas tempranas de la vida. Los circuitos de norepinefrina (NE) se consideran envueltos en los trastornos del ánimo, ya que se han encontrado bajos niveles de metabolitos de NE en líquido cefalorraquídeo y en orina de pacientes deprimidos y la depleción de NE en los pacientes deprimidos en remisión tratados con inhibidores de la recaptura de NE precipitan la recaída de síntomas depresivos (23). Hay evidencia que

respalda la participación de los circuitos neuronales de dopamina (DA) en la etiología de la depresión. Estudios de tejido posmortem y estudios de imagen PET han revelado la reducción de sitios de acoplamiento del transportador de dopamina y un aumento en la densidad de receptores posinápticos de DA D2/D3, indicativo en la reducción de la disponibilidad sináptica de la dopamina en la depresión. (24). Es conocido que muchos pacientes con depresión tienen una secreción aumentada de cortisol. El exceso de cortisol y otras hormonas del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA) juegan un papel significativo en la patogénesis de la depresión. La alteración de este eje en los pacientes deprimidos resulta de la hipersecreción del factor liberador de corticotropina (CRF). Esta información está respaldada por estudios en animales que muestran síntomas de depresión como disminución del apetito, pérdida de peso, disminución de la libido, problemas de sueño y actividad locomotora alterada al introducir CRF directamente en el sistema nervioso central. La exposición a estrés, un proceso primario regulado por los circuitos neuronales que contienen CRF y el eje HPA, precipita la depresión en individuos vulnerables. El estrés en la vida temprana como el abuso infantil que ocurre durante periodos vulnerables del desarrollo neurobiológico es una de las principales maneras en las que el ambiente influye en el desarrollo de la depresión. La sobrecarga crónica de estrés lleva a una activación crónica del sistema inmune y prolonga la producción de múltiples marcadores inflamatorios. Esta activación crónica del sistema inmune permite una alteración en la regulación del sistema neuroendocrino causando cambios que se ven típicamente en la depresión (18).

CUADRO CLÍNICO.

Hasta ahora la forma de diagnosticar trastornos del estado de ánimo se ha basado en los criterios diagnósticos de TDM en el *Statistical Manual of Mental Disorders – 4th Edition (DSM-IV)* (25) o con los diagnósticos de la *International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)* (26), siendo válidos para hacer el diagnóstico de trastornos depresivos.

Los criterios de la ICD-10 para un episodio depresivo son: ánimo depresivo, pérdida del interés y del disfrute, disminución en la energía, incremento en la fatigabilidad que conforman los síntomas típicos; actividad disminuida, disminución en la concentración y la atención, disminución en la autoestima y autoconfianza, ideas de culpa y minusvalía, visión de un futuro limitado, ideas o actos de autolesión, problemas del sueño y disminución del apetito son considerados como síntomas comunes. Esta clasificación diagnóstica internacional hace cuatro subtipos dependiendo de la severidad del cuadro sintomático, mencionando que un episodio depresivo leve es aquel en el que están presentes al menos dos de los síntomas típicos y al menos dos de los síntomas comunes, y ninguno debe presentarse en un grado intenso. El episodio depresivo moderado es aquel que presenta al menos dos de los síntomas típicos y al menos tres de los síntomas comunes. Un episodio depresivo severo es el que presenta todos los síntomas típicos y al menos cuatro de los síntomas comunes de los cuales algunos deben de presentar una intensidad severa. El episodio depresivo severo con síntomas psicóticos es aquel que satisface los síntomas de un episodio depresivo severo pero además están presentes ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. Estos síntomas deben de estar presentes en al menos dos semanas. (26)

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo referido por el sujeto como deprimido, triste,

desesperanzado o desanimado. En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscitada por la entrevista. Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas como dolores o molestias físicas. Muchos sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad en vez de tristeza, especialmente los niños y jóvenes. Es necesario que esté presente la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, en dado caso que no exista tristeza. Este síntoma puede ser referido como un sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones, de que han perdido el interés o de haber dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras y frecuentemente los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones. También debe experimentar al menos otros cuatro de diez síntomas los cuales incluyen cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante. Antes de que comience un episodio depresivo mayor completo, puede haber un período prodrómico con síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves, que puede durar semanas o meses. La duración de un episodio depresivo mayor también es variable. Lo habitual es que un episodio no tratado dure 6 meses o más, independientemente de la edad de inicio. En la mayoría de los casos hay una remisión completa de los síntomas y la actividad retorna al nivel premórbido. En una proporción considerable de casos (quizá el 20 o el 30 %), algunos síntomas depresivos que son insuficientes para cumplir totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor persisten durante meses o incluso años y se asocian a incapacidad o malestar, en cuyo caso se debe de considerar una remisión parcial. La remisión parcial después de un episodio depresivo mayor parece ser predictor de un patrón parecido para episodios posteriores. En algunos sujetos (5-10%) se siguen cumpliendo totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor durante 2 o más años, en los que se considera un curso crónico. (25)

DISCAPACIDAD

La discapacidad es un concepto dinámico que ha cambiado dramáticamente en la segunda mitad del último siglo y continuara cambiando. Tiene significados imprecisos en los cuales no es de sorprenderse que incluyan una definición como que “dis” es un prefijo originario del latín, que significa separado, fuera, lejos, o tiene un carácter privativo, negativo o reversible y la palabra “capacidad”, que usualmente se interpreta como el poder o la capacidad de hacer o de actuar. Una persona con discapacidad es definida como aquella que tiene una discapacidad física o mental que limita sustancialmente al menos una de las “actividades primordiales de la vida”, tiene un historial de tal impedimento, o es considerado que tiene una discapacidad. Una limitación sustancial es definida como el medio en el cual una persona experimenta restricciones en las condiciones, estilo o duración de las actividades de la vida comparados con aquellas realizadas por la mayoría de las personas. Una investigación reciente ha indicado que las personas que experimentan discapacidad define salud y bienestar como la existencia de habilidad para funcionar y hacer lo que ellos quieran hacer, ser independientes y autosuficiente, teniendo bienestar física y emocional y hacerlo libres de dolor. La discapacidad se refiere al deterioro en el funcionamiento que se espera de un sujeto de cierta edad y sexo en un contexto social, y forma parte del costo social de la enfermedad (27, 28, 31). Para poder definir con más claridad el concepto de

discapacidad es necesario conocer la importancia de mantener una buena salud. El estado de salud se refiere a las características de un individuo saludable, ya sea percibidas por él mismo o evaluadas, en algún punto del tiempo. Es una característica dinámica que, en autoevaluación, parece ser medida con expectativas determinadas por la edad, circunstancia de vida o el contexto de la misma persona. La Organización Mundial de la Salud en 1946 definió salud como un estado de bienestar completo físico, mental y social, no solo la ausencia de trastorno o enfermedad. Esta definición de la OMS ha incorporado al concepto de “bienestar”, la armonía o balance a través de múltiples dimensiones de la vida, como al física, mental, social y espiritual. Con esta definición de salud, las medidas de mortalidad o morbilidad solas no son suficientes para evaluarla, y las evaluaciones percibidas por la misma persona sobre su salud y la calidad de vida relacionada a la salud se convierten esenciales. El mantenimiento de una buena salud es crítico para ser un miembro productivo en la comunidad en un periodo de tiempo (28). El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estado Unidos en el 2001 describieron las diferencias entre personas con y sin discapacidad, en las que incluyeron pobre estado de salud, menor satisfacción con el servicio de salud, altos niveles de depresión, y bajos niveles de apoyo emocional, participación comunitaria, compromiso social y empleo (29). Existen tres tipos de definiciones diferentes de discapacidad, la definición como limitación funcional, la definición administrativa de discapacidad y una definición subjetiva de discapacidad, las cuales son usadas comúnmente entre los investigadores, productores de estadística de personas discapacitadas, y autoridades que evalúan programas de prestaciones de invalidez. La limitación funcional es una forma común de identificar personas como discapacitado. Esta forma de definir discapacidad deriva de un entendimiento médico de discapacidad, cuando la discapacidad es entendida como ceguera, sordera u otros tipos de cambios en la estructura corporal; una limitación funcional que afecta la capacidad individual de realizar actividades de la vida diaria. La definición administrativa o legal de discapacidad se origina de la distribución de beneficios de asistencia social para personas discapacitadas, para separar a las personas que son o no merecedoras de ayuda o algún beneficio del estado. Sus definiciones se encuentran en la legislación y de acuerdo a la definición administrativa, si una persona es aceptada para recibir algún beneficio por discapacidad, esta se considera discapacitada. La definición administrativa de discapacidades a menudo es aplicada en investigación cuando se evalúan reformas o beneficios a cierta discapacidad. En la definición subjetiva la persona concibe su discapacidad por ella o el mismo. De acuerdo con esta definición, la inclusión en la categoría de persona discapacitada es voluntaria. En contraste con las otras dos definiciones, usar una definición subjetiva resulta en una muestra de personas que son auto-etiquetados como discapacitados. La definición subjetiva es también aplicada en estadística de la bolsa laboral de personas discapacitadas en países como Suecia (30). En el estudio de la Carga Global de la Enfermedad la depresión se consideró como la enfermedad más discapacitante y ocupó el cuarto lugar en este estudio, calculada como la suma de años perdidos debido a una muerte prematura y los años vividos con discapacidad. Las proyecciones para el 2020 indican que la depresión ocupara el segundo lugar, después de la enfermedad coronaria. En un estudio derivado de la Encuesta Mexicana de Epidemiología Psiquiátrica se encontró que los trastornos que producen altos niveles de discapacidad fueron la depresión, la fobia social y el trastorno por estrés pos-traumático y cuando fueron comparados con personas que reportaron condiciones físicas crónicas, los niveles más bajos fueron observados en las condiciones crónicas evaluadas. La depresión fue el trastorno más incapacitantes en el área laboral, mostrando una pérdida de días productivos anuales en promedio de 25.51, seguido por el trastorno de angustia con un promedio de 20 días productivos perdidos en un año (31). Se ha reportado que la severidad de los síntomas depresivos es el mejor predictor de discapacidad entre los pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM) y los cambios en la severidad de sus síntomas son altamente relacionados a cambios

en la discapacidad general, a pesar de que hay considerable heterogeneidad entre pacientes. Una disminución en la severidad de la depresión se acompaña de una disminución similar en la discapacidad. Esta sincronía se ha visto influida por múltiples variables entre cada persona con depresión, entre los que destacan el género, la edad, el estrés laboral y la ansiedad comórbida. Las personas jóvenes con depresión y un estrés laboral moderado o alto tienen una sincronía más fuerte que las personas viejas o con un nivel de estrés laboral bajo. En cuestión de género hay una ligera ventaja para el femenino, el cual presenta una sincronía de cambio más fuerte que el masculino. Respecto a la ansiedad comórbida con la depresión, se asoció con más cambios en la discapacidad, independientemente de la severidad de la depresión (32). El costo de la depresión ha sido definido de diferentes formas que pueden ser dependencia económica, a lo que se refiere el dinero pagado por el tiempo de enfermedad o el desempleo; la búsqueda de apoyo, y la comorbilidad con el uso de sustancias como drogas y etanol. El costo social corresponde a la búsqueda de tratamiento y el número de días perdidos de trabajo como resultado de la depresión y la discapacidad es parte del costo social de la enfermedad. La evaluación de la discapacidad es importante no solo como una medida del costo social o el impacto, así también por su relevancia diagnóstica (31).

CALIDAD DE VIDA.

La definición de calidad de vida ha variado a lo largo del tiempo y para cada cultura puede tener un significado diferente. El concepto de calidad de vida fue popularizado en los años 1960 y recientemente se ha convertido en un objetivo importante de la política social y del cuidado de la salud generalmente. La calidad de vida es una materia subjetiva, reflejada en el sentido de bienestar global, que depende de características personales. Es la respuesta psicológica de un individuo en su espacio vital considerada como el resultado de la interacción entre el medioambiente que está determinado objetivamente y experimentado subjetivamente. La calidad de vida ahora es vista como la interacción y balance entre cómo las personas perciben su estado interno, ya sea felicidad o sufrimiento, y los eventos del medioambiente, como puede ser un duelo. La Organización Mundial de la Salud define a la calidad de vida como una percepción individual de la posición que se tiene en la vida, en un contexto cultural y de sistema de valores en los cuales se vive, y en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (33). Muchos investigadores concuerdan en que la calidad de vida es un constructo multidimensional que implica la opinión subjetiva del individuo acerca del funcionamiento de su propia vida (34). Es sabido que las enfermedades físicas impactan de forma negativa la calidad de vida de quienes las padecen. Estudios recientes han encontrado que la calidad de vida en pacientes que tienen enfermedades físicas discapacitantes se ve empeorada con la presencia de trastorno depresivo y ansiedad que en los que no los tienen, demostrando que para estos pacientes la discapacidad mental afecta en un mayor grado su calidad de vida, especialmente en aquellos que sufren enfermedades físicas crónicas (35). El trastorno depresivo mayor con ansiedad comórbida se ha asociado con una gran disminución de la calidad de vida comparado entre pacientes de atención primaria que solamente tienen ansiedad sin depresión, dejando en evidencia la importancia que el trastorno depresivo tiene sobre la calidad de vida (34).

II.- JUSTIFICACION.

El trastorno depresivo mayor es un problema importante de salud pública no solo en México sino que también en el resto del mundo. Se ha calculado que para el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad en todo el mundo después de la enfermedad coronaria y es una causa de reducción en la calidad de vida en pacientes que la padecen, más aún que en aquellos que presentan una enfermedad física crónica; y por lo regular hasta en la mitad de los pacientes con

enfermedades crónicas se presenta el trastorno depresivo mayor, aumentando la discapacidad y disminuyendo un poco más la calidad de vida que el paciente puede tener, lo que nos obliga a poner más atención a este problema de salud pública. La mitad de los pacientes que llegan a tener trastorno depresivo mayor llegan a una recuperación con remisión de síntomas y recobran la funcionalidad que tenían antes de presentar el trastorno; un tercio de los pacientes tiene una recuperación parcial, en donde continua manifestando algunos síntomas de depresión, y hasta en un 10% mantiene todos los síntomas del trastorno por más de 2 años. Los factores que contribuyen a la gravedad de la depresión y a su recuperación son múltiples, siendo de importancia la edad de inicio y tiempo de evolución; el sexo del paciente, su estado civil, el nivel socioeconómico, la escolaridad, su situación laboral y la comorbilidad con el uso de sustancias, entre otros, los cuales influyen en diferente grado también en su recuperación. Existen pocos estudios que identifican los factores de riesgo asociados a la depresión que mayormente influyen en la discapacidad y la disminución de la calidad de vida en la población mexicana con depresión. Identificar los factores de riesgo que afectan negativamente la recuperación del paciente con depresión nos proporcionara información para entender el impacto de la depresión en la sociedad mexicana y tener una predicción más exacta del pronóstico de la depresión, así como ofrecer una base para futuras investigaciones para mejorar la calidad de vida y la discapacidad de pacientes con depresión en México.

III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Qué factores clínicos y demográficos predicen la discapacidad y la pobre calidad de vida en pacientes con trastorno depresivo mayor?

IV.- OBJETIVO GENERAL.

Se determinó qué factores clínicos y demográficos predijeron la discapacidad y la pobre calidad de vida en pacientes con trastorno depresivo mayor.

V.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Se Evaluó la discapacidad y la calidad de vida en pacientes con trastorno depresivo mayor.
Se determinó si los siguientes factores predicen la discapacidad y la pobre calidad de vida en pacientes con depresión mayor:

Factores demográficos:

- Nivel socioeconómico
- Ocupación
- Escolaridad
- Estado civil y sexo

Factores Clínicos:

- Gravedad de la depresión
- Comorbilidad médica, psiquiátrica y consumo de sustancias
- Edad de inicio y tiempo de evolución de la depresión
- Presencia de antecedentes heredofamiliares de depresión.
- Presencia de ideación y/o intento suicida
- Tratamientos psiquiátricos previos
- Número de episodios

VI.- HIPÓTESIS.

¿Los factores clínicos que predicen discapacidad y pobre calidad de vida serán la presencia de comorbilidad psiquiátrica, médica y consumo de sustancias, una edad de inicio temprana, mayor tiempo de evolución, presencia de antecedentes heredofamiliares, presencia de ideación y/o intento suicida, bajo nivel socioeconómico, desempleo, baja escolaridad, presencia de tratamientos psiquiátricos previos, estar sin pareja, una gravedad mayor de la depresión y un mayor número de episodios depresivos?

VII.- MATERIAL Y MÉTODO.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

De acuerdo a la clasificación de investigación médica de Alvan R. Feinstein (36) el diseño de este estudio, de acuerdo a la arquitectura de la investigación, fue descriptivo y por su dirección temporal fue de tipo transversal.

UNIVERSO DE LA MUESTRA.

Fueron pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor según los criterios del DSM IV TR que acudieron a solicitar atención al servicio de pre-consulta del Instituto nacional de psiquiatría.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

La regla general para determinar la muestra fue que debía ser de al menos de 50 participantes para una correlación o regresión. De acuerdo con Green en 1991, sugirió que para valorar predictores individuales se deben tener como mínimo 104 sujetos más el número de variables a incluir, por lo que el número total de la muestra fue 123 pacientes para este estudio. (37)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

1. Hombres o mujeres
2. Edad entre 18 y 65 años
3. Que cumplieron con criterios de Trastorno depresivo mayor según el DSM IV TR
4. Que acudieron a solicitar atención al servicio de pre-consulta del INPRFM
5. Que sabían leer y escribir
6. Que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSION.

1. Que tuvieron discapacidad intelectual y sensorial.
2. Pacientes que presentaron sintomatología psicótica en el momento de la evaluación.

VARIABLES.

Variable	Tipo de variable	Instrumento de medición
Trastorno depresivo mayor	Nominal	MINI Entrevista Neuropsiquiatría Internacional
Discapacidad	Cuasidimensional	Inventario de Discapacidad de Sheehan
Calidad de vida.	Cuasidimensional	Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott
Gravedad de la depresión	Cuasi	Escala de Depresión de Hamilton
Comorbilidad medica	Nominal/ Dimensional/ Dicotómica	Hoja de datos demográficos y clínicos
Comorbilidad psiquiátrica	Nominal/ Dimensional/ Dicotómica	MINI Entrevista Neuropsiquiatría Internacional
Edad de inicio	Dimensional	Hoja de datos demográficos y clínicos
Tiempo de evolución	Dimensional	Hoja de datos demográficos y clínicos
Antecedentes Heredofamiliares psiquiátricos	Dicotómico	Hoja de datos demográficos y clínicos
Antecedentes Heredofamiliares de depresión	Dicotómica	Hoja de datos demográficos y clínicos
Ideación suicida	Dicotómica	Escala de Depresión de Hamilton
Intento suicida	Dicotómica	Hoja de datos demográficos y clínicos
Nivel socioeconómico	Ordinal	Expediente clínico, posterior a evaluación de trabajo social.
Ocupación	Nominal	Hoja de datos demográficos y clínicos
Escolaridad en años	Dimensional	Hoja de datos demográficos y clínicos
Tratamiento psiquiátricos previos	Dicotómica	Hoja de datos demográficos y clínicos
Estado civil	Dicotómica	Hoja de datos demográficos y clínicos
Número de episodios	Dimensional	Hoja de datos demográficos y clínicos
Sexo	Dicotómico	Hoja de datos demográficos y clínicos

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.

MINI Entrevista Neuropsiquiatría Internacional.

Es una entrevista diagnóstica estructurada breve la cual nos orienta hacia un diagnóstico psiquiátrico del eje I del DSM- IV y la CIE-10. Es heteroaplicada y se divide en módulos identificados por tres letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo se presentan preguntas filtro que corresponden a los principales criterios diagnósticos del trastorno y al final de cada módulo una o varias casillas diagnósticas permiten indicar si se cumplen los criterios diagnósticos. Al final de cada módulo las casillas seleccionadas permiten indicar si se cumplen o no los criterios diagnósticos. La validez de esta escala es y la confiabilidad de esta escala fue evaluada en una prueba-reprueba obteniendo para la parte de trastorno depresivo mayor un valor de 0.87, y una validez de 0.84. (38)

Escala de Depresión de Hamilton.

La escala de depresión de Hamilton consta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo de una forma heteroaplicada. El marco de referencia temporal es durante la entrevista, excepto para algunas preguntas como las del sueño en las que se exploran los dos días previos. Para cada ítem la escala proporciona criterios operativos de puntuación. Esta escala contiene aspectos de evaluación de síntomas de ansiedad y por síntomas somáticos, lo que dificulta su administración en enfermos con síntomas físicos. La escala proporciona una puntuación global del cuadro y una puntuación en aspectos como son la melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13), la ansiedad (ítems 9 al 11), el sueño (ítems 4 al 6) y vitalidad (ítems 1, 7, 8 y 14).

La puntuación global se obtiene sumando la puntuación de cada ítem, dando como puntos de corte del 0 al 7 interpretado como sin depresión de 8 a 12 puntos como depresión menor, de 13 a 17 puntos como depresión mayor, de 18 a 29 puntos como depresión mayor, de 30 a 52 puntos como más que depresión mayor. Otros puntos de corte utilizados son del 8 al 14 como distimia y más del 15 como depresión de moderada a grave. La confiabilidad por consistencia interna en un estudio realizado en la Ciudad de México fue alfa de Cronbach igual a 0.87 y su validez en este mismo estudio fue de 0.70. (39)

Inventario de Discapacidad de SHEEHAN.

Es una escala hetero y autoaplicada que mide la discapacidad de los enfermos mentales que consta de 5 ítems. Los ítems se agrupan en 3 escalas: discapacidad, estrés percibido y apoyo social percibido. La discapacidad, formada por los 3 primeros ítems, evalúa el grado en que los síntomas interfieren con el trabajo, vida social y vida familiar del paciente. El estrés percibido conformado de un solo ítem, evalúa el grado en que, desde la última visita, los acontecimientos estresantes y los problemas personales le han dificultado la vida. El apoyo social percibido que consta de un solo ítem, evalúa el apoyo que el paciente ha obtenido respecto del que necesitaba en la última semana. Los primeros 4 ítems se califican con una escala tipo Likert de 0 al 10. Cero identificado como "no en lo absoluto" y diez como "extremadamente". Se considera que del 1 al 3 es "levemente", del 4 al 6 "moderadamente" y del 7 al 9 como "marcadamente". El quinto ítem se califica con una escala de porcentaje en el que el 100% significa que ha recibido todo el apoyo que necesitaba en la última semana. La puntuación de la escala de discapacidad se obtiene sumando las puntuaciones de la discapacidad, estrés percibido y apoyo social percibido. No existen puntos de corte, interpretándose como a mayor puntuación es mayor la discapacidad. La consistencia interna de esta escala es alfa de 0.72 y la confiabilidad prueba-reprueba es de 0.82. (40).

Cuestionario de Calidad de Vida y Satisfacción de Endicott.

Es una escala Autoaplicable que explora el grado de satisfacción que experimentan los pacientes en varias dimensiones de su funcionamiento diario como son: salud física, sentimientos subjetivos, trabajo, actividades del hogar, trabajo en la escuela, actividades en tiempo libre, relaciones sociales y actividades generales. Consta de 93 reactivos que se califican en escala de 1 al 5. La confiabilidad fue evaluada en una prueba-reprueba, los resultados fueron un coeficiente de correlación interclase de 0.66 a 0.89 en las diferentes dimensiones. La consistencia interna reportó un coeficiente alfa de Cronbach de 0.19 a 0.96 en las diferentes dimensiones. (41)

Hoja de Datos Clínico-estadísticos de Diagnóstico.

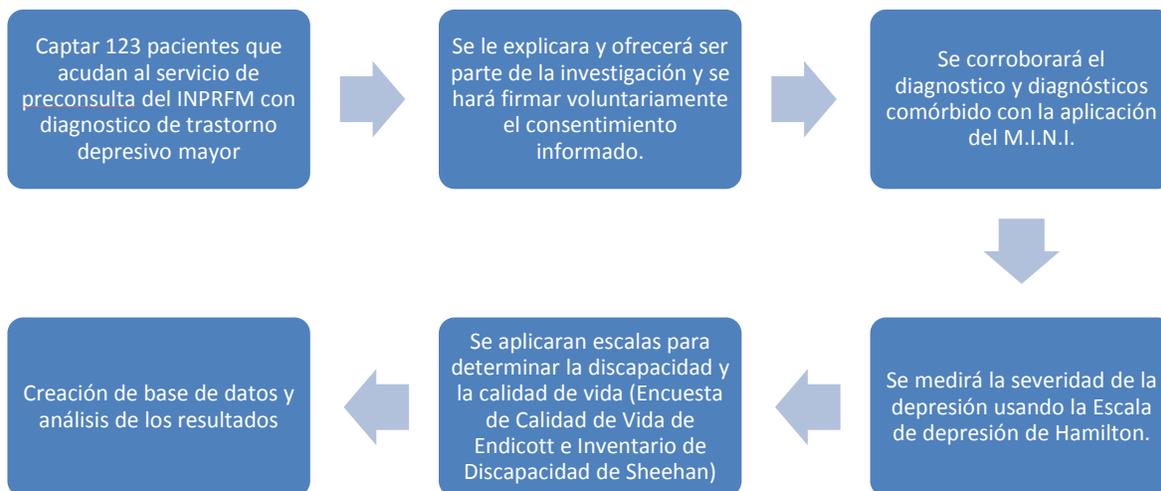
Es un documento en el que se plasmaron los datos clínico-demográficos obtenidos durante la entrevista con el participante en la cual se incluyó el número de folio, el cual se puso de forma ascendente por el investigador; la ocupación del participante, la escolaridad en años, el estado civil, el diagnóstico psiquiátrico, la edad de inicio, el tiempo de evolución de la depresión, antecedentes heredofamiliares psiquiátricos, antecedentes heredofamiliares de depresión, tratamientos previos, número de episodio, intentos suicida y el sexo del participante.

VIII.- PROCEDIMIENTO.

Los participantes se captaron en el servicio de pre-consulta del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, los cuales cumplieron criterios de inclusión y exclusión. Se les propuso participar voluntariamente en el estudio, se otorgó carta de consentimiento informado la cual firmaron voluntariamente y aceptaron la aplicación de pruebas clinimétricas, con duración de 45 minutos aproximadamente para la recolección de la información clínica, epidemiológica y de los instrumentos de evaluación. Posterior a que se contó con la autorización del participante y firma de consentimiento informado, se recolectaron datos sociodemográficos, se realizó una evaluación diagnóstica con la mini entrevista neuropsiquiatría estructurada (MINI) con lo que se corroboró el diagnóstico de trastorno depresivo mayor y se evaluó la comorbilidad psiquiátrica del eje I. Después se procedió a realizar la escala de depresión de Hamilton. Al finalizar estas evaluaciones se otorgó al paciente las escalas autoaplicables (Encuesta de Calidad de Vida de Endicott e Inventario de Discapacidad de Sheehan) y se explicó clara y detalladamente la forma de llenado de estas mismas. La recolección y evaluación de estos datos fue realizada por el investigador responsable y cuando se tuvo más de un paciente para ser evaluado se le explicó que el tiempo de espera sería de 45 minutos aproximadamente por cada paciente en fila, por lo que se trató de tener cada 45 minutos a un paciente para ser evaluado y evitar la espera de los participantes.

Todos los datos obtenidos se vaciaron en una hoja de Excel y se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 17.

IX.- FLUJOGRAMA.



X.- IMPLICACIONES ETICAS.

Se trató de una investigación con riesgo mínimo ya que solo se aplicaron escalas a los pacientes y se utilizó información clínica y demográfica. El proceso de investigación siguió las normas de la Declaración de Helsinki. A todos los pacientes que participaron en este estudio se les informó de los procesos de la investigación y se pidió aceptar y firmar voluntariamente el consentimiento informado. Se planteó desde su inicio que si algún sujeto evaluado manifestara ideación suicida durante la aplicación de las escalas se ofrecería tratamiento intrahospitalario y en caso de no aceptarlo se otorgaría referencia a hospital psiquiátrico más cercano. El paciente no obtuvo un beneficio directo, pero los resultados beneficiaran a los pacientes en general. Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón De la Fuente Muñiz” el 17 de junio del 2013.

XI.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

Para la descripción de la muestra se utilizaron frecuencias y porcentajes para variables categóricas y promedios y desviación estándar para variables dimensionales y cuasidimensionales. Se utilizó un análisis de regresión lineal para determinar cómo los factores clínico-demográficos predicen la discapacidad y la pobre calidad de vida.

XII.- RESULTADOS

Características de la muestra.

El estudio incluyó un total de 123 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión y que acudieron al servicio de preconsulta del INPRFM entre los meses de junio del 2013 a febrero del 2014. Dentro de la muestra se encontró que el 64% fueron mujeres y el 26% hombres (figura 1). Con un rango de edades de 18 a 64 años con un promedio de 33.95 años (\pm 12.12), (tabla 1). El 56.1% de la muestra fueron pacientes solteros (figura 2), que contaban con una escolaridad promedio de 12.41 años (\pm 3.45). En cuanto a la ocupación, encontramos que únicamente el 16.3% de los pacientes reportaron encontrarse desempleados y el 83.7% restante reportando realizar alguna ocupación como se puede observar en la figura 3.

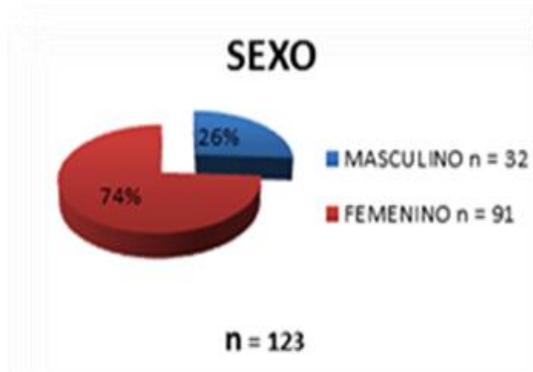


Figura 1. Distribución de sexo de los pacientes con TDM.

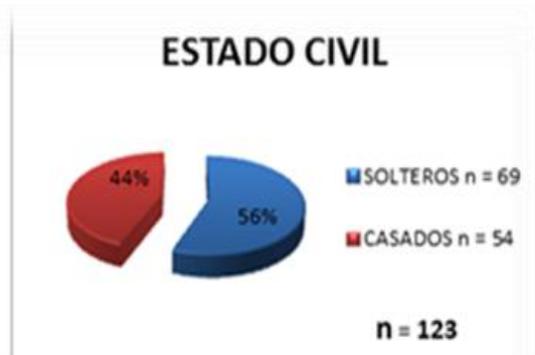


Figura 2. Distribución del estado civil de los pacientes con TDM



Figura 3. Porcentaje de empleo y desempleo en los pacientes con TDM

Datos clínicos.-

Los pacientes tuvieron una edad de inicio promedio de 30.4 años (\pm 11.73) dentro de un rango de 15 a 62 años de edad y refirieron un tiempo de evolución del trastorno con un promedio de 6.05 meses (\pm 2.78). Se evaluó la gravedad de la depresión mediante la escala de Hamilton de Depresión, obteniendo una media de 17.91 (\pm 5.40), observando en el 75.6% de la muestra puntajes mayor o igual a 15, lo que los coloca en un grado de depresión moderada a severa. (Tabla 1).

TABLA 1. DATOS CLINICOS Y SOCIODEMOGRÁFICOS DE PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR			
	Media	Desviación Estándar	Rango
Edad	33.95	12.12	18-64
Escolaridad	12.41	3.45	4-19
Edad de inicio	30.44	11.73	15-62
Tiempo de evolución(meses)	6.05	2.78	0.5-12
Número de episodio	1.61	0.671	1-4
Endicott salud física	31.9	6.63	13-60
Endicott salud mental	36.37	8.56	15-70
Endicott trabajo	36.68	7.87	17-66
Endicott Hogar	26.39	6.65	10-50
Endicott Estudio	26.5	7.59	12-47
Endicott Tiempo libre	14.87	4.36	6-27
Endicott Social	29.69	6.51	14-49
Endicott Satisfacción	38.63	8.29	17-71
Endicott Total	205.13	45.59	102-335
HAM-D	17.91	5.40	4-35
Sheehan Trabajo	6.23	2.81	0-10
Sheehan Vida Social	6.88	2.87	0-10
Sheehan Vida Familiar	6.50	2.71	0-10
Sheehan Estrés	7.38	2.38	2-10
Sheehan Apoyo Social Percibido	62.43	29.17	0-100
Sheehan Total	27.00	9.16	2-40

Endicott= Cuestionario de Calidad de Vida y Satisfacción de Endicott.

HAM-D= Escala Hamilton de Depresión.

Sheehan= Inventario de discapacidad de Sheehan.

En cuanto a la comorbilidad, el 87% de la muestra presentó comorbilidad psiquiátrica, de los cuales el 60.1% tuvo un solo diagnóstico, el 18.7% dos diagnósticos y el 8.13% presentó tres o más diagnósticos comórbidos. El trastorno comórbido más frecuente fue el trastorno de ansiedad generalizada con un 81.3%, seguido de dependencia a sustancias con un 8.94% y en tercer lugar el trastorno de angustia con una frecuencia de 7.3%. Otros diagnósticos encontrados fueron la presencia de agorafobia, distimia, fobia social, disfunción sexual, trastorno conversivo y trastorno de ansiedad no especificado. Se determinó la severidad de la depresión mediante la entrevista psiquiátrica clínica realizada por el investigador encontrando que el 74% presentaban un episodio depresivo mayor moderado y un 1.62% se encontraron con episodio severo (Tabla 2). Así mismo se utilizó la Escala de Hamilton de depresión obteniendo una puntuación promedio de 17.91 ± 5.4 (Tabla 1). Dentro de los pacientes con diagnóstico de dependencia a sustancias se encontró que el 5.69% tenía dependencia a etanol, 6.50% dependencia a cocaína, 3.25% cumplía para dependencia a cannabis y el 0.81% para dependencia a benzodiazepinas. Se valoró la presencia de comorbilidad médica no psiquiátrica, encontrando que únicamente que el 16.26% la presentó (Tabla 2).

TABLA 2.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA.		
Ninguna	16	13
Comorbilidad	107	87
Una	74	60.1
Dos	23	18.7
Tres o más	10	8.13
TDM GRAVEDAD		
Leve	30	24.39
Moderado	91	74
Severo	2	1.62
Trastorno de Ansiedad Generalizada	100	81.3
Trastorno de Angustia	9	7.3
Distimia	5	4.0
Agorafobia	3	2.4
Otros	11	8.94
Dependencia a sustancias	11	8.94
COMORBILIDAD MÉDICA		
Ninguna	103	83.74
Una o más.	20	16.26

TDM = Trastorno depresivo mayor.

A los pacientes se le interrogó acerca de la presencia de tratamientos previos al acudir a preconsulta, refiriendo el 37.3% de ellos habían buscado tratamiento previo, y solo el 17% de los pacientes ya habían tenido al menos un tratamiento prescrito por algún psiquiatra para la depresión (Figura 4). Como se observa en la tabla 3, solo el 7.3% de los participantes había realizado algún intento suicida previo a buscar atención psiquiátrica en preconsulta.

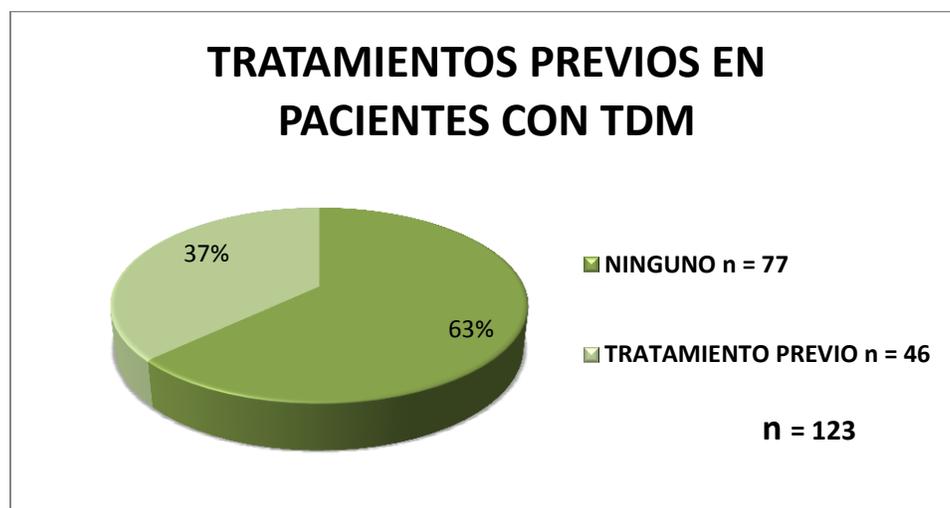


Figura 4.- Tratamientos previos en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor.
*TDM= Trastorno Depresivo Mayor

TABLA 3. ANTECEDENTE DE INTENTO SUICIDA EN PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sin intento	114	92.7
Intento realizado	9	7.3

También se indagó acerca de antecedentes psiquiátricos familiares, encontrando que el 41.5% presentan antecedentes familiares psiquiátricos en general y que de estos el 19.5% tienen familiares de primer grado con antecedente de trastorno depresivo (Tabla 4). Ninguno de los participantes tuvo el antecedente de haber presentado algún episodio psicótico.

Calidad de vida y discapacidad.-

Se evaluó la calidad de vida en los pacientes mediante el uso de la Escala de calidad de vida y satisfacción de Endicott, la cual se divide en sub-escalas y para su interpretación no existe un punto de corte establecido, por lo que se evaluó tomando en cuenta la media que se obtuvo en cada sub-escala (Tabla 1).

TABLA 4. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Antecedentes heredofamiliares psiquiátricos		
Si	51	41.5
No	72	58.5
Antecedente de familiar de 1er grado con Depresión	24	19.5

La sub-escala con menos puntuación fue la que mide el tiempo libre, en la cual se evalúan actividades como ver televisión, leer el periódico o revistas, regar plantas, visitar museos, ver películas o eventos deportivos; encontrando que el 45.5% de los pacientes reportaron menores puntuaciones en calidad de vida. Seguida por la sub escala que valora las actividades relacionadas a desempeñar actividades del hogar, en la que el 46.3% reportaron menores puntuaciones en calidad de vida (tabla 1).

La discapacidad se midió con el Inventario de discapacidad de Sheehan. La dimensión que valora el Trabajo se obtuvo un promedio de 6.23 (\pm 2.81), en la dimensión de Vida Social un promedio de 6.88 (\pm 2.87) y para la dimensión que valora la Vida Familiar un promedio de 6.50 (\pm 2.71). Se dividió a los pacientes de acuerdo su grado de discapacidad en: sin discapacidad (0puntos), discapacidad leve (1-3 puntos), discapacidad moderada (4-6 puntos), discapacidad severa (7-9 puntos) y discapacidad extrema (10 puntos). Observamos que el 3.25% (n=4) no mostró discapacidad en la dimensión de trabajo; el 17.07% (n=21) presento discapacidad leve; el 21.95% (n=27) tuvo discapacidad moderada así como el 57.72% (n=71) de los pacientes presentaron discapacidad severa/extrema en esta dimensión. En cuanto a la dimensión de vida social, el 3.25% (n=4) no mostraron discapacidad, 32.52% (n=40) discapacidad leve/moderada y el 64.22% (n=79) discapacidad severa/extrema. Por último en la dimensión de vida familiar el 1.62% (n=2) no mostro ninguna discapacidad, el 38.2% (n=47) discapacidad leve/moderada y hasta el 60.16% (n=74) discapacidad severa/extrema (Tabla 6).

TABLA 6.- EVALUACION DE DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON TRANSTORNO DEPRESIVO MAYOR.			
	SHEEHAN TRABAJO % (n)	SHEEHAN SOCIAL % (n)	SHEEHAN FAMILIAR % (n)
SIN DISCAPACIDAD	3.25% (4)	3.25% (4)	1.62% (2)
DISCAPACIDAD LEVE	17.07% (21)	12.19% (15)	16.26% (20)
DISCAPACIDAD MODERADA	21.95% (27)	20.32% (25)	21.95% (27)
DISCAPACIDAD SEVERA	47.15% (58)	41.46% (51)	50.40% (62)
DISCAPACIDAD EXTREMA	10.56% (13)	22.76% (28)	9.75% (12)

Sheehan= Inventario de Discapacidad de Sheehan.

Modelos de Predicción.-

Para analizar si los datos clínicos y socio-demográficos pueden predecir la discapacidad y calidad de vida en estos pacientes se utilizó un modelo de regresión lineal.

Encontramos que puntajes mayores en la escala de depresión de Hamilton predicen menor calidad de vida, así como mayor número de episodios y mayor nivel socioeconómico son predictores de menor calidad de vida en pacientes con trastorno depresivo mayor. También se observó que a mayor edad se tiene mayores puntajes de calidad de vida en estos pacientes.

Mayores niveles de discapacidad se asociaron a haber presentado mayor número de episodios depresivos, tener más años de escolaridad, tener un estado civil de casado o vivir en pareja, así como tener menor edad es un predictor de mayor discapacidad. (Tabla 7)

TABLA 7.- PREDICTORES DE CALIDAD DE VIDA Y DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR MODELO DE REGRESION LINEAL.					
	VARIABLE	B	Beta	t	Sig.
Predictores de calidad de vida (Endicott total)	(Constante)	.642		10.090	.000
	<i>Edad</i>	.002	.190	2.393	.018
	<i>Nivel socioeconómico</i>	-.031	-.172	-2.198	.030
	<i>Número de episodios</i>	-.042	-.188	-2.336	.021
	<i>Comorbilidad</i>	.066	.162	2.045	.043
	<i>HAMD</i>	-.011	-.400	-5.093	.000
Predictores de discapacidad (Sheehan Total)	(Constante)	23.06		5.504	0.00
	<i>Edad</i>	-.288	-.381	-3.661	.000
	<i>Estado Civil</i>	4.020	.219	2.153	.033
	<i>Escolaridad</i>	.525	.198	2.319	.022
	<i>Número de episodios</i>	3.355	.246	2.896	.004

Al analizar los predictores en las diferentes sub escalas del Inventario de Discapacidad de Sheehan, podemos observar, que únicamente la presencia de una menor edad va a predecir una mayor discapacidad en casi todos los rubros, excepto en el de apoyo social percibido, en el que un mayor tiempo de evolución y más tratamientos psiquiátricos previos predicen mayor apoyo social.

Podemos ver que en la sub escala de Trabajo, la presencia de mayor escolaridad y número de episodios depresivos predicen mayor discapacidad; y una mayor edad predice menor discapacidad

en el trabajo y en la vida social. Los pacientes que refirieron estar casados, tener mayor nivel socioeconómico y mayor número de episodios depresivos mostraron mayor discapacidad en el rubro de vida familiar. Una mayor escolaridad y menor edad son predictores de mayor nivel de estrés percibido (Tabla 8).

TABLA 8. PREDICTORES DE DISCAPACIDAD EN LAS DIFERENTES SUB ESCALAS DE SHEEHAN EN PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR*					
	VARIABLE	B	BETA	t	Sig.
Sheehan Trabajo.	(Constante)	5.067		3.876	.000
	Edad	-0.060	-0.261	-2.960	.004
	Escolaridad	0.164	0.202	2.319	.022
	Numero de episodios	0.733	0.175	2.040	.044
Sheehan Vida Social.	(Constante)	8.182		10.664	.000
	Edad	-0.038	-0.161	-1.792	.076
Sheehan Vida Familiar.	(Constante)	5.259		5.239	.000
	Edad	-0.086	-0.387	-3.733	.000
	Estado Civil	1.281	0.236	2.320	.022
	Nivel Socioeconómico	0.592	0.182	2.173	.032
	Número De Episodios depresivos	1.320	0.327	3.858	.000
Sheehan Estrés Percibido.	(Constante)	7.386		6.868	.000
	Edad	-0.047	-0.239	-2.707	.008
	Escolaridad	0.128	0.186	2.106	.037
Sheehan Apoyo Social.	(Constante)	38.848		6.135	.000
	Tiempo de evolución	2.822	0.270	3.181	.002
	Tratamiento psiquiátrico previo	14.533	0.362	4.268	.000

*Inventario de Discapacidad de Sheehan

TABLA 9. PREDICTORES DE DISCAPACIDAD EN LAS SUBESCALAS DE ENDICOTT.					
	VARIABLE	B	BETA	T	Sig.
Salud Física	(Constante)	.614		12.765	.000
	TPPD	.060	.264	3.024	.003
	AHFD	-.081	-.195	-2.404	.018
	HAMD	-.015	-.479	-5.466	.000
Salud Mental	(Constante)	.701		7.820	.000
	Ocupación	.111	.207	2.588	.011
	Escolaridad	-.011	-.200	-2.501	.014
	AHFP	.088	.220	2.603	.010
	AHFD	-.095	-.190	-2.264	.025
	HAMD	-.015	-.411	-5.196	.000
Laboral*	(Constante)	.433		4.654	.000
	EDAD	.005	.290	3.749	.000
	Nivel Socioeconómico	-.045	-.196	-2.504	.014
	Tiempo de evolución	.019	.275	3.383	.001
	HAMD	-.010	-.269	-3.340	.001
Tiempo Libre	(Constante)	.701		8.174	.000
	Nivel Socioeconómico	-.054	-.202	-2.355	.020
	HAMD	-.011	-.268	-3.123	.002
Social	(Constante)	.499		7.388	.000
	Tiempo de Evolución	.015	.238	2.819	.006
	Comorbilidad	.087	.184	2.289	.024
	HAMD	-.010	-.308	-3.678	.000
Satisfacción	(Constante)	.705		10.448	.000
	Escolaridad	-.008	-.174	-2.185	.031
	TPPD	.067	.289	3.359	.001
	HAMD	-.015	-.497	-5.775	.000

*Para efectos del análisis, se decidió unir las sub escalas de Trabajo, Hogar y Estudio.

TPPD=Tratamientos Psiquiátricos previos para depresión.

AHFP= Antecedentes heredofamiliares psiquiátricos.

AHFD=Antecedentes heredofamiliares de trastorno depresivo.

HAMD= Escala de Depresión de Hamilton.

En las diferentes sub escalas del Cuestionario de Calidad de vida y Satisfacción de Endicott, de acuerdo al modelo regresión lineal, podemos observar que la única variable que es predictor de menor calidad de vida para todos los rubros es la presencia de mayores puntajes en la Escala de depresión de Hamilton (Tabla 9).

La presencia de antecedentes heredofamiliares de trastornos depresivos va a predecir menores puntajes en los rubros de salud física y salud mental en los pacientes con TDM. El haber tenido tratamientos previos predice menor discapacidad en salud física y en satisfacción. Tener una ocupación predice menor discapacidad en salud mental. Mayor escolaridad también fue predictor de mayor discapacidad en salud mental y en satisfacción. En cuanto al nivel socioeconómico, mientras mayor sea, predice mayor discapacidad en laboral y en tiempo libre. El tiempo de evolución mayor es predictor de menor discapacidad laboral y social. Una mayor comorbilidad de los pacientes, predice menores puntajes en la sub escala que valora la vida social. Cabe mencionar que para efectos del análisis, se unieron las sub escalas que valoran el trabajo, el hogar y el estudio, dando como resultado la sub-escala laboral (Tabla 9).

XIII.- DISCUSIONES

Como se ha reportado en otros estudios, el trastorno depresivo mayor tiene mayor prevalencia en mujeres, encontrando un riesgo de presentar este trastorno del doble comparado con sujetos masculinos (42), estando presente mayormente en sujetos adultos jóvenes que se encuentran entre la tercera y cuarta década de la vida. Estos resultados que otros autores reportan son similares a los resultados encontrados en este estudio en el que los participantes presentan una edad promedio de 33 años de edad, así como que es más comúnmente reportado en el género femenino que masculino, siendo más de la mitad de la población de este estudio pacientes del género femenino, encontrándose en algunos estudios que también es más común encontrar mayor prevalencia de trastorno depresivo mayor en mujeres casadas al igual que en hombres solteros, notando que en las mujeres casadas la cantidad de estrés que perciben y los problemas que desencadenan el trastorno depresivo, principalmente relacionados a la vida conyugal y familiar, disminuyen el porcentaje de remisión del trastorno depresivo mayor en las mujeres (43).

A pesar de que el trastorno depresivo mayor está asociado con mayores tasas de discapacidad en el trabajo, comparado con otros trastorno crónicos, y eleva la discapacidad hasta cinco veces más que en aquellos que no padecen este trastorno (44); en los resultados obtenidos en este estudio, el 16.3 % de los pacientes que participaron estaban desempleados, mostrando este resultado que en lugar de ser contradictorio es un reflejo del tipo de población que en un hospital de tercer nivel de atención en salud mental como lo es el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” acuden al servicio de preconsulta en buscan atención, predominando en este el número de pacientes que tienen empleo y mayor número de años de estudio.

La edad de inicio del trastorno depresivo mayor encontrada en los participantes de este estudio tiene un rango amplio siendo de 15 a 62 años de edad, y de esta población un 31.7% de la muestra tuvieron el inicio del trastorno depresivo mayor antes o durante los 21 años de edad, porcentaje un tanto menor al encontrado en otros estudios que dicen que al menos la mitad de los casos de

trastornos mentales ocurren antes de que la persona cumpla 21 años de edad (45), pensando que la explicación al porcentaje encontrado en el estudio está influido por el tipo de población que acude al Instituto Nacional de Psiquiatría, siendo en su mayoría mayores de edad y excluyendo aquellos menores de 13 años de edad, los cuales acuden y son tratados desde edades tempranas en algún otro hospital o institución que brinda atención a salud mental a población pediátrica. A pesar de esta limitación del estudio, encontramos que el 52% de la muestra habían tenido al más de un episodio previo al episodio actual por el que acudieron por atención a preconsulta, porcentaje mayor al reportado en un estudio de depresión en México de 36% (45), dándonos a conocer que la población que acude al Instituto Nacional de Psiquiatría en su mayoría ha tenido más de un episodio depresivos mayor.

La comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y el trastorno depresivo mayor en estudios epidemiológicos de Estados Unidos reportan que el 72.1% de las personas que han tenido trastorno depresivo mayor en algún momento de su vida también tienen criterios para al menos otro trastorno psiquiátrico más; y aproximadamente 64% de la población de este estudio que tenían diagnóstico de trastorno depresivo mayor durante los últimos 12 meses también presentaron comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, teniendo el 57.5% comorbilidad con trastornos de ansiedad y un 8.5% con trastorno por uso de sustancias (46); porcentajes muy parecidos a los encontrados en este estudio que son del 87% para laguna comorbilidad psiquiátrica, teniendo al diagnóstico comórbido más frecuente al trastorno de ansiedad generalizada con un 81.3% y en tercer lugar el trastorno de angustia con el 7.3% de comorbilidad con trastorno depresivo mayor.

En un estudio realizado en población mexicana por Medina-Mora y colaboradores en el 2005, encontró que existe una sub-utilización del servicio de salud mental en México, y que solo el 24% de aquellos que presentan algún trastorno psiquiátrico durante los últimos 12 meses, recibieron algún tratamiento para su trastorno durante el mismo periodo de tiempo, explicando que quizá esto sea por la falta de recursos en salud mental que se destina en México (47). El resultado que se obtuvo en este estudio acerca de tratamientos psiquiátricos previos al acudir a preconsulta fue menor al descrito, quedando en evidencia que aún hace falta destinar más recursos tanto en promoción y difusión de la salud mental, como en tener atención psiquiátrica más accesible para toda la población.

La calidad de vida en las personas que padecen trastorno depresivo mayor se ve disminuida de una forma importante y hasta un 65% de estas personas llegan a tener un deterioro severo en su calidad de vida, siendo mucho mayor comparado con trastorno de ansiedad y enfermedades crónicas como la diabetes. Las principales áreas afectadas encontradas en estudios sobre calidad de vida y trastorno depresivo mayor son las relacionadas con la satisfacción en el trabajo, seguido por impulso sexual, actividades de interés y el desempeño en su funcionamiento (48); similares a las áreas afectadas por menor calidad de vida encontradas en este estudio que son mayormente afectadas el tiempo libre y la satisfacción con el trabajo. La calidad de vida influye también en el mantenimiento de la remisión del trastorno depresivo mayor. Se ha encontrado una relación entre

remisión de la depresión y mejora de la calidad de vida en los pacientes con mayor probabilidad de mantener la remisión del trastorno depresivo y por el contrario una remisión de los síntomas depresivos sin una mejora en la calidad de vida de esos pacientes, aumenta la probabilidad de forma importante de que se presenten recaídas del trastorno depresivo mayor (49), por lo que debe ser necesario programas de rehabilitación para las áreas más afectadas de su calidad de vida y disminuir las recaídas.

Rapaport realizó un estudio descriptivo de calidad de vida reportada por pacientes con trastorno depresivo mayor, obteniendo como resultado que la calidad de vida está asociada de forma significativa con el grado de depresión, observando que aquellos con menor severidad en la depresión tenían mayor puntaje en la escala de calidad de vida y satisfacción, en la cual un mayor puntaje significa una mejor calidad de vida. En este mismo estudio también el autor reportó que no encontró diferencia en calidad de vida, ansiedad y depresión entre ambos sexos de los participantes; que los participantes que no tenían empleo, que eran los de mayor edad principalmente, tenían peor calidad de vida (48). Este resultado es similar al que obtuvimos en este estudio en donde aquellos pacientes con puntajes mayores en la escala de Hamilton de depresión tenían menor calidad de vida, pero contrastante en la edad y nivel socioeconómico ya que los pacientes que tenían mayor nivel socioeconómico y mayor edad puntuaron más alto que aquellos que tenía menor nivel socioeconómico y menor edad, quizá por el tipo de población que acude al instituto nacional de psiquiatría por atención, que predominantemente pueden presentar mayor nivel socioeconómico que la mayoría de la población.

En un estudio epidemiológico realizado con los resultados de la réplica de la encuesta nacional de comorbilidades de Estados Unidos, en el que aplicaron la escala de discapacidad de Sheehan a pacientes con trastorno depresivo mayor, encontraron que el 96.9% de estos había puntuado con discapacidad en al menos uno de los cuatro dominios que evalúa la escala; más del 85% reportaron discapacidad moderada, el 59.3% severa y el 19% discapacidad muy severa. La mayor discapacidad fue reportada en el rol social de estos pacientes, mientras que una menor discapacidad en el trabajo (46).

Otro estudio realizado en países en desarrollo, en el que se incluyó a México, encontró que en la población que experimenta mayor discapacidad vive con mayor pobreza, menor nivel educativo y que tiene mayor edad; concluyendo que la discapacidad se asocia con pobreza multidimensional (50). Estos datos contrastan con los resultados de nuestro estudio en los que se encontró que una menor edad y mayor tiempo de estudio predice una mayor discapacidad en pacientes con trastorno depresivo mayor y que en las sub-escalas de la escala de discapacidad de Sheehan aquellos con mayor escolaridad presentan mayor discapacidad en el trabajo.

Estos resultados son distintos a los reportados en otros estudios quizá porque existen limitaciones físicas como en las personas con mayor edad, geográficas y económicas que limitan el acceso a la atención de la salud mental en la población mexicana.

XIV.- CONCLUSIONES.

El trastorno depresivo mayor es un padecimiento muy frecuente en la población en general y una causa importante de discapacidad y disminución en la calidad de vida en quienes lo padecen. Como se encontró en los resultados de este estudio, en la población mexicana que acudió por atención en el instituto nacional de psiquiatría es muy parecida demográficamente a la que reportan otros estudio, aunque con algunas diferencias como en el empleo, indicando que la mayoría de las personas que acuden por atención en salud mental son aquellos con mayor solvencia económica y mayor nivel de estudio; pudiendo deducir que el estigma o la ignorancia sobre los problemas de salud mental en la población, así como la limitación de recursos económicos es lo que en la población mexicana afecta la búsqueda de un tratamiento adecuado.

La discapacidad y la disminución en la calidad de vida que se experimenta con este trastorno son un motivo para poner mayor interés en informar a la población mexicana sobre el trastorno depresivo mayor y facilitar su atención en el primer nivel de atención de la salud, mejorando el desempeño y eficiencia en el sector laboral y en la calidad de vida de la población. La calidad de vida es un tema que puede pasar como poco indispensable, pero actualmente se ha observado que es una parte importante en el mantenimiento de la recuperación y para evitar recaídas en pacientes que han tenido trastorno depresivo mayor, por lo que será necesario realizar más investigaciones acerca de esto en la población mexicana y crear bases de cambio en la atención a la salud mental en México.

Las limitaciones de este estudio son que es un estudio transversal y descriptivo en un hospital de tercer nivel de atención en salud mental. Las ventajas de este estudio son que no hay estudios en México sobre los factores predictores de depresión mayor. Se evaluaron múltiples variables clínico demográficas que describieron la evolución de la depresión y que sí predicen la calidad de vida y funcionalidad de estos pacientes, mientras que otros estudios evalúan solo uno u otro constructo. Los resultados de este estudio cumplieron con los objetivos que se propusieron y se llegó a responder la hipótesis, encontrando que lo que se propuso en esta coincidieron los resultados solo en algunas afirmaciones.

XV.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Paykel ES. Basic concepts of depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10(3):279-289, 2008.
2. Belmaker RH, Agam G. Mechanism of disease. Major Depressive Disorder. *The New England Journal of Medicine*, 358 (1):55-68, 2008.
3. Anderson IM, Haddad PM. CANMAT Guidelines for depression: Clear and user-friendly. *Journal of affective Disorders*, 117: S3-S4, 2009.
4. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J et al. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med*, 35(12):1773-1783, 2005.
5. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*; 6(3):168-176, 2007.
6. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I et al. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*; 291(21):2581-2590, 2004.
7. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry*; 66(7):785-795, 2009.
8. Silverstein B, Edwards T, Gamma A et al. The role played by depression associated with somatic symptomatology in accounting for the gender difference in the prevalence of depression. *Soc Psychiatri Psychiatr Epidemiol*. Springer Published online, 2012.
9. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med* 2011; 26; 9(1) En prensa. PMID: 21791035.
10. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV et al. The epidemiology of major depressive episodes: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*; 12(1):3-21 2003.
11. Castilla-Puentes RC, Secin R, Grau A, Galeno R et al. A multicenter study of major depressive disorder among emergency department patients in Latin-American countries. *Depress Anxiety*; 25(12):E199-204, 2008.
12. Ormel J, Petukhova M, Chatterji S, Aguilar-Gaxiola S et al. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *Br J Psychiatry*; 192(5):368-375, 2008.
13. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I et al. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*; 291(21):2581-2590, 2004.
14. Scott KM, Von Korff M, Alonso J, Angermeyer MC et al. Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychol Med*; 39(1):33-43 2009.
15. González-Forteza C, Arana D, Jiménez A. Problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar: Vinculación autogestiva con los servicios de salud mental. *Salud Mental*; 31(1): 23-27, 2008.
16. Borges G, Nock MK, Medina-Mora ME, Hwang I et al. Psychiatric disorders, comorbidity, and suicidality in Mexico. *J Affect Disord*; 124(1-2):98-107, 2010.

17. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 157:1552–62, 2000.
18. Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors. *Psychiatric Clin N Am*, 35:51-71, 2012.
19. Mann JJ, Malone KM, Psych MR, et al. Attempted suicide characteristics and cerebrospinal fluid amine metabolites in depressed inpatients. *Neuropsychopharmacology*, 15:576–86, 1996.
20. Drevets WC, Frank E, Price JC, et al. PET imaging of serotonin 1A receptor binding in depression. *Biol Psychiatry*, 46:1375–87, 1999.
21. Charney DS. Monoamine dysfunction and the pathophysiology and treatment of depression. *J Clin Psychiatry*. 59 (14):11– 4, 1998.
22. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301:386–9, 2003.
23. Ressler KJ, Nemeroff CB. Role of norepinephrine in the pathophysiology of neuropsychiatric disorders. *CNS Spectr*. 6:663–6, 670, 2001.
24. Dunlop BW, Nemeroff CB. The role of dopamine in the pathophysiology of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 64:327–37, 2007.
25. American psychiatric Associations: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Washington, 1994.
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION: ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health problems. 10th Rev Edition, Geneva, 1992.
27. Heckendorf DW: Disability, Definition within Law and Society. Australian National University. Elsevier Science Publisher, 807-815, Australia 2012.
28. Kranh GL, Putnam M, Drum CE, Powers L: Disabilities and Health. Toward a National Agenda for Research. *Journal of Disability Policy Studies*, 17 (1): 18-27, 2006.
29. U.S Department of Health and Human Services: Healthy people 2010. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Washington DC, 2001.
30. Grönvik L: Defining Disability: effects of disability concepts on research outcomes. *International Journal of Social Research Methodology*, 12 (1):1-18, 2009.
31. Lara Muñoz MC, Medina-Mora ME, Borges G, Zambrano J. Social Cost Of Mental Disorders: Disability And Work Days Lost. Results From The Mexican Survey Of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 30 (5):4-11, 2007.
32. Verboom CE, Ormel J, Nolen WA, Penninx BWJH, Sijtsema JJ. Moderators of the synchrony of change between decreasing depression severity and disability. *Acta Psychiatr Scand*, 126: 175-185, 2012.
33. Prince PN, Prince CR. Subjective Quality of Life in the Evaluation of Programs for People with Serious and Persistent Mental Illness. *Clinical Psychology Review*. 21 (7): 1005-1036, 2001.
34. Norberg MM, Diefenbach GJ, Tolin DF. Quality of life and anxiety and depressive disorder comorbidity. *Journal of Anxiety Disorder*. 22:1516-1522, 2008.
35. Lim L, Jin A-Z, Ng T-P. Anxiety and depression, chronic physical conditions, and quality of life in an urban population sample study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 47:1047-1053, 2012.
36. Feinstein A. *Clinical Epidemiology: The Architecture of Clinical Research* (1985) W. B. Saunders Company; 2nd edition.
37. Green, S. B. *How many subjects does it take to do a regression analysis? Multivariate Behavioral Research* (1991) 26, 499-510.

38. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Weiller JE, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. The validity of the MINI International Neuropsychiatryc Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12:232-241, 1997.
39. Jurado S, Villegas ME, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. La estandarización del inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*. 21(3):26-31, 1998.
40. Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol*, 11(3):89-95, 1996.
41. Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R: Quality of life Enjoyment Questionnaire: A new Measure. *Psychopharmacol Bull*. 29:321-326, 1993.
42. Kessler R.C, Bromet E.J. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*. 2013;34:119-38.
43. Deshpande S, Kalmegh B, Patil P, Ghate M, Sarmukaddam S, Paralakar V. Stresses and Disability in Depression across Gender. *Depress Res Treat*. 2014; 2014:735307.
44. Holma AK, Holma KM, Melartin TK, Ryttsa HJ, Isometsa E. A 5-year prospective study of predictors for disability pension among patients with major depressive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 125: 325–334.
45. Wagner F, González-Fortaleza C, Sánchez-García S, García-Peña C, Gallo J. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental* 2012;35:3-11.
46. Kessler R, Berglund P, Demler O, Jin R. The Epidemiology of major depressive disorder. Results from the national comorbidity survey replication. *JAMA*. 2003;289.vol23.3095:3105.
47. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorder in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 2005, 35, 1773-1783.
48. - IsHak W, Balayan K, Bresse C, Greenberg J, Fakhry H, Christensen S, Rapaport M.H. A descriptive analysis of quality of life using patient-reported measures in major depressive disorder in a naturalistic outpatient setting. *Qual Life Res*.2013;22:585–596.
49. IsHak W.W, Greenberg J, Cohen R. Predicting relapse in major depressive disorder using patient-reported outcomes of depressive symptom severity, functioning, and quality of life in the individual burden of illness index for depression. *Journal of Affective Disorders*.2013;151:59–65.
50. Mitra, S. et al. Disability and Poverty in Developing Countries: A Multidimensional Study, *World Development* (2012), <http://dx.doi.org/10.1016/j.worlddev.2012.05.024>.

Anexos

I. Carta de Consentimiento informado para familiar

CALIDAD DE VIDA Y DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FAMILIAR

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Nombre del participante: _____

Nombre del familiar: _____

Le estamos invitando a dar su autorización para que su familiar participe en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Este estudio requiere de la participación voluntaria de su familiar para participar. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar cualquier cosa que no entienda claramente.

El objetivo de este estudio es conocer que factores demográficos y clínicos pueden predecir que las personas con depresión tengan una mayor discapacidad y una baja calidad de vida.

Para el estudio necesitamos de la autorización de usted, con el propósito de permitirnos obtener la mayor cantidad posible de información sobre su padecimiento actual de su familiar.

Plan del estudio.

Después de la valoración de su familiar en el servicio de preconsulta, y en donde le fue asignado médico tratante y cita para la historia clínica, se le propondrá participar a su familiar en este estudio. Su familiar será entrevistado por el investigador principal para la aplicación de un cuestionario sobre información demográfica, después se le aplicarán algunas escalas para corroborar el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, y otra para clasificar la severidad de la depresión. Posterior a estas evaluaciones, su familiar contestará un cuestionario de calidad de vida y un inventario para valorar la discapacidad, que deberá contestar su familiar de la forma más veraz. El tiempo estimado para estas valoraciones es de 45 minutos aproximadamente. La aplicación de estas escalas y cuestionarios no implican un riesgo alguno para su familiar y no causan costo adicional. En caso de que durante la aplicación de estas pruebas su familiar presente incremento en su sintomatología de depresión se comentará con el médico psiquiatra a cargo del servicio de preconsulta para decidir el manejo correspondiente.

Al terminar las pruebas su familiar continuará la atención psiquiátrica con el médico asignado a historia clínica.

Si su familiar decidiera durante la evaluación retirarse voluntariamente y no seguir contestando las pruebas esto no tendrá repercusión en su tratamiento otorgado en este instituto.

Consignas a seguir.

1. Se le pedirá el consentimiento informado a su familiar para aplicar las escalas y cuestionarios.
2. Se le pedirá el consentimiento informado a usted para permitirnos aplicarle a su familiar escalas y cuestionarios.
3. No se le cobrará ningún cargo económico a su familiar por la realización de las evaluaciones relacionadas a esta investigación.
4. La participación de su familiar es voluntaria.
5. Su familiar podrá retirarse del estudio en el momento que lo dese sin que esto afecte su atención y tratamiento en esta Institución.

Posibles beneficios.

- 1.- Este estudio no proporcionara beneficio directo a su familiar.
- 2.- De forma indirecta su familiar ayudará a otros pacientes al contribuir en el conocimiento sobre los factores sociodemográficos y clínicos que afectan en la calidad de vida y discapacidad en quienes padecen depresión.
- 3.- Las evaluaciones de este estudio permitirán conocer mejor los factores que influyen en la percepción de calidad de vida y en la discapacidad que se puede experimentar con la depresión.
- 4.- Su familiar podrá aclarar sus dudas con el responsable de este estudio sobre los hallazgos de las entrevistas y pruebas que se le realicen.
- 5.- Se proporcionará a su familiar, si es que lo desea, la información obtenida durante el estudio aunque esta pudiera afectar su voluntad para continuar participando.

Confidencialidad.

Los datos obtenidos a partir de esta entrevista son confidenciales. Se asignará un folio por participante, por lo que el nombre de su familiar no aparecerá en ningún reporte o artículo científico que se elabore con la información obtenida.

Disposición general.

Si usted tiene necesidad de información complementaria o dudas, puede comunicarse con el responsable de la investigación, Dr. David Rodríguez Pineda, al teléfono 74 71 039944. En horario de 9 a 17 horas de lunes a viernes.

Carta de consentimiento

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio en el que participará mi familiar. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio.

Basado sobre esta información, acepto voluntariamente que mi familiar participe en este estudio.

Entiendo que mi familiar puede suspender su participación en este estudio en cualquier momento sin que tenga consecuencias en su atención psiquiátrica. La identidad de mi familiar No será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados.

_____	_____
Nombre y firma del participante	Fecha
_____	_____
Nombre y firma del familiar responsable.	Parentesco

Nombre y firma del Primer Testigo	

Nombre y firma del Segundo Testigo	

Nombre y firma del investigador principal.	

II. *Carta de Asentimiento informado para paciente.*

**CALIDAD DE VIDA Y DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNO
DEPRESIVO MAYOR**

CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Nombre del participante: _____

Le estamos invitando a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, este estudio requiere de su asentimiento voluntario para participar. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar cualquier cosa que no entienda claramente.

El objetivo de este estudio es conocer que factores demográficos y clínicos pueden predecir que las personas con depresión tengan una mayor discapacidad y una baja calidad de vida.

Para el estudio necesitamos de su cooperación con el propósito de contar con la mayor cantidad posible de información sobre su padecimiento actual.

Plan del estudio.

Después de su valoración en el servicio de preconsulta, y en donde le fue asignado médico tratante y su cita para su historia clínica, se le propondrá participar en este estudio. Si usted acepta, firmará esta carta de asentimiento informado, y enseguida será entrevistado por el investigador principal para la aplicación de un cuestionario sobre datos demográficos de usted, después se le aplicarán algunas escalas para corroborar el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, y otra para clasificar la severidad de la depresión. Posterior a estas evaluaciones se le dará un cuestionario de calidad de vida y un inventario para valorar discapacidad, los cuales deberá contestar de la forma más veraz. El tiempo estimado para estas valoraciones es de 45 minutos aproximadamente. La aplicación de estas escalas y cuestionarios no implican riesgo alguno para usted y no causan costo adicional. En caso de que durante la aplicación de estas pruebas usted presente incremento en su sintomatología de depresión se comentará con el médico psiquiatra a cargo del servicio de preconsulta para decidir el manejo correspondiente.

Al terminar las pruebas usted continuará la atención psiquiátrica con el médico asignado a historia clínica.

Si usted decidiera durante la evaluación retirarse voluntariamente y no seguir contestando las pruebas esto no tendrá repercusión en su tratamiento otorgado en este instituto.

Consignas a seguir.

1. Se le pedirá su asentimiento informado para aplicar las escalas y cuestionarios.
2. Se le pedirá el consentimiento informado a su familiar para permitirnos aplicarle a usted las escalas y cuestionarios.
3. No se le cobrará ningún cargo económico por la realización de las evaluaciones relacionadas a esta investigación.
4. Su participación es voluntaria.
5. Podrá retirarse del estudio en el momento que lo dese sin que esto afecte su atención y tratamiento en esta Institución.

Posibles beneficios.

- 1.- Este estudio no proporcionará beneficio directo al paciente.

2.- De forma indirecta usted ayudará a otros pacientes al contribuir en el conocimiento sobre los factores sociodemográficos y clínicos que afectan en la calidad de vida y discapacidad en quienes padecen depresión.

3.- Las evaluaciones de este estudio permitirán conocer mejor los factores que influyen en la percepción de calidad de vida y en la discapacidad que se puede experimentar con la depresión.

4.- podrá aclarar sus dudas con el responsable de este estudio sobre los hallazgos de las entrevistas y pruebas que se le realicen.

5.- Se proporcionará información obtenida durante el estudio, aunque esta pudiera afectar su voluntad para continuar participando.

Confidencialidad.

Los datos obtenidos a partir de esta entrevista son confidenciales. Se asignará un folio por participante, por lo que su nombre no aparecerá en ningún reporte o artículo científico que se elabore con la información obtenida.

Disposición general.

Su usted tiene necesidad de información complementaria o dudas puede comunicarse con el responsable de la investigación, Dr. David Rodríguez Pineda, al teléfono 74 71 039944. En horario de 9 a 17 horas de lunes a viernes.

Carta de asentimiento

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio.

Basado sobre esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Entiendo que puedo suspender mi participación en este estudio en cualquier momento sin que tenga consecuencias en mi atención psiquiátrica. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados.

Nombre y firma del participante

Fecha

Nombre y firma del Familiar responsable (Primer Testigo).

Parentesco

Nombre y firma del Segundo Testigo

Nombre y firma de Investigador principal

Inventario de Discapacidad de Sheehan (Sheehan Disability Inventory, SDI)

Trabajo

A causa de sus síntomas, su trabajo se ha visto perjudicado:

No, en absoluto Levemente Moderadamente Marcadamente Extremadamente

_0 — _1 — _2 — _3 — _4 — _5 — _6 — _7 — _8 — _9 — _10

Vida social

A causa de sus síntomas, su vida social y sus actividades de tiempo libre se han visto perjudicadas:

No, en absoluto Levemente Moderadamente Marcadamente Extremadamente

_0 — _1 — _2 — _3 — _4 — _5 — _6 — _7 — _8 — _9 — _10

Vida familiar

A causa de sus síntomas, su vida familiar y sus responsabilidades domésticas se han visto perjudicadas:

No, en absoluto Levemente Moderadamente Marcadamente Extremadamente

_0 — _1 — _2 — _3 — _4 — _5 — _6 — _7 — _8 — _9 — _10

Estrés percibido

Desde su última visita, ¿cuánto le han dificultado la vida los eventos estresantes y los problemas personales

como los problemas en el trabajo, en casa, de salud o económicos?

No, en absoluto Levemente Moderadamente Marcadamente Extremadamente

_0 — _1 — _2 — _3 — _4 — _5 — _6 — _7 — _8 — _9 — _10

Apoyo social percibido

Durante la última semana, ¿qué porcentaje de apoyo ha recibido de amigos, familiares, compañeros de trabajo, etc.,

respecto al apoyo que ha necesitado?

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

_0 — _0 — _0 — _0 — _0 — _0 — _0 — _0 — _0 — _0 — _0

Ningún apoyo, Un poco Moderado Considerable El apoyo en absoluto ideal