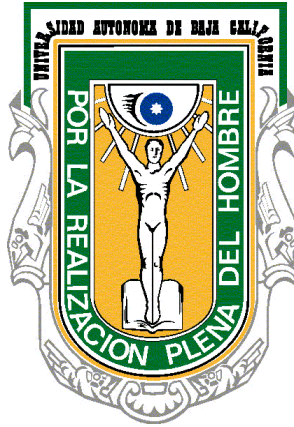


**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA**  
**FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI**  
**COORDINACION DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



Título de la Investigación

**“VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA, DISFRUTE Y  
SATISFACCIÓN VERSIÓN CORTA (Q-LES-Q-SF) EN PACIENTES CON  
DEPRESIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA DEL INSTITUTO DE  
PSIQUIATRÍA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA”**

Trabajo Terminal para obtener el Diploma de Especialidad en

**PSIQUIATRÍA**

**P R E S E N T A**

**DRA. WENDY MARLETH CÓRDOVA MORALES**

**Mexicali, B.C. Enero de 2015**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA**  
**FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI**  
**COORDINACION DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**Título de la Investigación**

**“VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA, DISFRUTE Y  
SATISFACCIÓN VERSIÓN CORTA (Q-LES-Q-SF) EN PACIENTES CON  
DEPRESIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA DEL INSTITUTO DE  
PSIQUIATRÍA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA”**

**Trabajo Terminal para obtener el Diploma de Especialidad en**

**PSIQUIATRÍA**

**P R E S E N T A**

**DRA. WENDY MARLETH CÓRDOVA MORALES**

**DIRECTOR DE TESIS**

**DR. VICTOR SALVADOR RICO HERNÁNDEZ**

**Mexicali, B.C. Enero de 2015**



INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL  
ESTADO DE BAJA CALIFORNIA  
Sección: ENSEÑANZA  
No. OFICIO: 020/DM/2014.  
Fecha: 19 de Noviembre del 2014.



Mexicali, Baja California a 19 de Noviembre de 2014

**DRA. WENDY MARLETH CORDOVA MORALES**  
**INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA**  
**PRESENTE.-**

Por medio de la presente y anteponiendo un cordial saludo, le informo que posterior a ser sometido a Junta de Comité de Ética en Investigación su protocolo de estudio titulado **"VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA, DISFRUTE Y SATISFACCIÓN VERSIÓN CORTA (Q-LES-Q-SF) EN PACIENTES CON DEPRESIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA DEL INSTITUTO DE PSIQUIATRÍA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA"** en Junta Ordinaria del día 12 de Noviembre de 2014, el cual fue aprobado por unanimidad.

Sin más por el momento, me despido de usted, deseándole éxito en su investigación.

ATENTAMENTE

  
Dr. Víctor Salvador Rico Hernández  
Director Médico de IPEBC



**INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL ESTADO DE B.C.**  
Calle 11 No. 1753 entre Río Verde y Río Atoyac Col. Mexicali Segunda Sección, Mexicali, B.C.  
Tels. 842-70-50 y 51 Dirección Medica 842-70-55 Fax: 842-70-74  
institutopsiquiatricobcc@hotmail.com



**VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA, DISFRUTE Y SATISFACCIÓN VERSIÓN CORTA (Q-LES-Q-SF) EN PACIENTES CON DEPRESIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA DEL INSTITUTO DE PSIQUIATRÍA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA**

**DRA. WENDY MARLETH CORDOVA MORALES**

**Investigador Principal**

**DR. VICTOR SALVADOR RICO HERNANDEZ**

**Investigador Responsable de la ejecución del proyecto**

**DR. JOSÉ RAFAEL VILLAFÁN BERNAL**

**Asesor Metodológico**

**Mexicali, Baja California a 29 de Enero de 2015**

**Facultad de Medicina**

CARTA DICTAMEN DE LA EVALUACION ESCRITA DEL EXAMEN DE GRADO

Mexicali, B.C. a 29 de Enero de 2015.

Los abajo firmantes, miembros del Jurado Dictaminador del documento escrito  
Denominado: VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA, DISFRUTE  
Y SATISFACCIÓN VERSIÓN CORTA (Q-LES-Q-SF) EN PACIENTES CON DEPRESIÓN  
DE LA CONSULTA EXTERNA DEL INSTITUTO DE PSIQUIATRÍA DEL ESTADO DE  
BAJA CALIFORNIA

Que para obtener el Diploma de Especialidad en Psiquiatría, presenta:

DRA. WENDY MARLETH CORDOVA MORALES

Realizada la evaluación resolvimos: APROBAR POR UNANIMIDAD

  
DR. VICTOR SALVADOR RICO HERNANDEZ

Presidente

  
DR. JUAN CARLOS GURROLA FLORES

Sinodal

  
DR. MARCO ANTONIO BOLADO

Sinodal

  
DR. RICARDO TORRES TORRIJOS

Sinodal

  
DRA ROSA ISELA VILLAGOMEZ BEDOLLA

Secretario



## DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Finalizar el presente trabajo de Tesis significa el término de lo ha sido la parte más importante de mi formación profesional, es un logro que sin las personas que estuvieron hasta el final de este camino no lo hubiera podido lograr.

Empiezo por agradecer a mis padres, que han sido el ejemplo de vida, en especial a mi madre y hermanas que han estado conmigo en todo momento, y que han sido mi sostén en todos los sentidos. Gracias por estar presentes durante toda mi vida. A mi abuelita Lola que aunque no alcanzó a verme graduada, sé que donde está, se siente muy orgullosa de mi.

Al Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California mi alma *mater*, la Institución que me ha visto crecer y que me ha brindado la oportunidad de formar parte de él, gracias por todo el aprendizaje que me ha brindado.

Dr. Víctor Salvador Rico Hernández muchas gracias por asesorarme en el presente trabajo y por enseñarme Psiquiatría y a ser Psiquiatra, y muchas gracias por todas las oportunidades de trabajo que me ha brindado, gracias por la amistad y estar conmigo en las buenas y en las malas, en fin hay mucho que agradecerle.

Dr. José Rafael Villafañá Bernal por su guía a través de la metodología y la estadística.

Por último mi agradecimiento y a quien le dedico este trabajo, a mi hijo Adrián, hijo, eres mi orgullo y mi gran motivación me impulsas cada vez más a superarme en la carrera de ofrecerte siempre lo mejor, no ha sido fácil para ti ya que has tenido que aguantar ausencias de tu madre, pero al final valió la pena, y como siempre te digo, si no te tuviera no habría logrado tantas grandes cosas. A ti hijo te dedico este trabajo terminal.

A todos ustedes, infinitamente gracias.

# ÍNDICE

| <i>Parte</i>                     | <i>Página</i> |
|----------------------------------|---------------|
| Introducción                     | 1             |
| Antecedentes                     | 2             |
| Planteamiento del Problema       | 5             |
| Marco Teórico                    | 6             |
| Justificación                    | 16            |
| Hipótesis                        | 18            |
| Objetivos                        | 19            |
| Material y Métodos               | 20            |
| Resultados                       | 26            |
| Discusión                        | 33            |
| Conclusiones                     | 35            |
| Bibliografía                     | 36            |
| Anexos                           | 39            |
| Lista de tablas                  | 41            |
| Lista de figuras                 | 42            |
| Abreviaturas, siglas y acrónimos | 43            |

## RESUMEN

**Introducción:** La calidad de vida se altera en los pacientes con depresión pero es difícil medirla. Una de las herramientas que se ha utilizado para medir la calidad de vida en pacientes con depresión es el cuestionario de calidad de vida, disfrute y satisfacción –versión corta (Q-LES-Q-SF), basado en el grado de disfrute y satisfacción que experimentan los pacientes en varias áreas del funcionamiento diario. Sin embargo, esta herramienta no ha sido validada en población mexicana.

**Objetivo:** Evaluar la validez y fiabilidad del Q-LES-Q-SF en pacientes con depresión de la consulta externa del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC).

**Métodos:** Se aplicó Q-LES-Q-SF a 82 pacientes con depresión de la consulta externa del IPEBC y se recabó información sobre características demográficas, diagnóstico, comorbilidades, fármacos prescritos, toxicomanías de los participantes. Se evaluó la confiabilidad interna del cuestionario, se realizó un análisis factorial exploratorio y un análisis factorial confirmatorio para evaluar los potenciales dominios de la herramienta. Se evaluaron las correlaciones entre cada ítem y el puntaje total con la prueba de Spearman. Se consideró significativa una  $p < 0.05$ .

**Resultados:** El alfa de Cronbach fue de 0.92. Todos los ítems mostraron una correlación ( $r$ ) superior a 0.5, a excepción del q11 ( $r=0.50$ ) y q12 ( $r=0.45$ ). Todos los ítems se asociaron significativamente con el puntaje total ( $r=0.338-0.683$ ). El análisis factorial exploratorio comprobó la existencia de dos factores: el físico y el psicosocial. El dominio físico explicó alrededor del 52% de la variabilidad de la muestra, mientras que el factor 2 solo el 7%. El análisis factorial confirmatorio fue satisfactorio el factor físico, pero no para el factor psicosocial.

**Conclusiones:** el Q-LES-Q-SF es confiable para medir la calidad de vida en pacientes psiquiátricos. Para evaluar los dominios del análisis factorial se requiere un estudio de mayor tamaño de muestra.

## 1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la OMS, calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y su relación con el entorno. <sup>1</sup> La calidad de vida se mide mediante instrumentos diseñados para ciertas razas, poblaciones, idiomas y estados de salud ó enfermedad, de manera que, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables.<sup>1</sup>

Medir la calidad de vida subjetiva en pacientes psiquiátricos es desafiante ya que presentan una combinación compleja de alteraciones cognitivas y afectivas, existe una insuficiente comprensión de cómo las experiencias diarias de los pacientes afectan la enfermedad y su tratamiento y a que la fiabilidad de las mediciones es muy sensible a los sesgos originados por factores tales como los trastornos de la comunicación verbal, los efectos secundarios de los anti-psicóticos, el olvido y la conveniencia del desempeño del rol de enfermo.<sup>2-4</sup>

Una de las herramientas que se han utilizado en pacientes psiquiátricos es el cuestionario de calidad de vida, disfrute y satisfacción (Q-LES-Q, *por sus siglas en inglés*). Este es autoaplicable y está diseñado para permitir a los investigadores obtener medidas sensibles del grado de disfrute y satisfacción que experimentan los pacientes en varias áreas del funcionamiento diario. Sus utilidad, validez, reproducibilidad y confiabilidad se comprobó en pacientes ambulatorios con depresión de Nueva York, Estados Unidos. <sup>5</sup>

El cuestionario Q-LES-Q no ha sido validado en población mexicana por lo que, el presente trabajo pretende validar el cuestionario de calidad de vida, disfrute y satisfacción en pacientes con depresión de la consulta externa del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California.

## 2. ANTECEDENTES

Se realizó un estudio en Alemania para evaluar la calidad de vida en depresión mayor antes y después múltiples etapas de tratamiento y un año de seguimiento. Para ello, se analizaron los datos completos del estudio STAR\*D (del inglés, *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression*) en el cual se incluyeron 2280 pacientes ambulatorios con diagnóstico de depresión. La calidad de vida se midió con el cuestionario Q-LES-Q, separando a los pacientes en aquellos con puntuación “dentro de lo normal” de calidad de vida (dentro del estándar comunitario de Q-LES-Q) y aquellos con una calidad de vida severamente afectada (más de 2 desviación estándar debajo del estándar comunitario de Q-LES-Q). Antes del tratamiento no más del 3% de los pacientes con depresión mayor tenían una calidad de vida “normal”, después del tratamiento hubo una mejora estadísticamente significativa, aunque los pacientes que lograron puntuar con una calidad de vida “normal” no fueron mas del 30%. Más del 50% de los pacientes reportaron una calidad de vida severamente afectada. Los datos del seguimiento a 12 meses reveló que la proporción de pacientes que reportaron una calidad de vida “normal” tuvo una disminución estadísticamente significativa en los que no remitieron. La versión alemana de Q-LES-Q aplicada en este estudio tuvo una consistencia interna fuerte, con  $\alpha$  de Cronbach entre 0.76 y 0.88 para las distintas subescalas.<sup>6</sup>

La depresión mayor está fuertemente asociada con una calidad de vida mala que *per se* es afectada por diversos factores. Las mediciones enfocadas en los síntomas reflejan de forma muy pobre el impacto de la enfermedad en la calidad de vida o el nivel de salud mental de los sujetos. Por lo que, se realizó un estudio para conocer la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ambulatorios con depresión mayor y los factores clínicos que afectan calidad de vida relacionada con la salud. Se reclutaron 811 pacientes con depresión mayor de 14 clínicas psiquiátricas ambulatorias en Korea. Los pacientes se dividieron en 3 grupos: el grupo que acudía a una nueva visita (287), el grupo que remitió

(235) y el grupo que no remitió (289). La escala de Hamilton para depresión de 17 elementos fue el instrumento para asignar a los pacientes en los grupos de remisión y de no remisión. La calidad de vida relacionada con la salud en general se definió con el cuestionario EuroQol 5D (EQ-5D) y el EuroQol Visual Analog Scale (EQ-VAS). La calidad de vida relacionada con la salud específica se definió con el Q-LES-Q versión corta (Q-LES-Q-SF). El grupo que no remitió mostró una muy mala calidad de vida relacionada con la salud con el Q-LES-Q-SF. La severidad de los síntomas medidos por la escala de depresión y los síntomas somáticos se relacionaron significativamente con la calidad de vida relacionada con la salud. Los pacientes con síntomas somáticos severos mostraron una puntuación significativamente mas baja en el EQ-5D que aquellos con síntomas somáticos moderados.<sup>7</sup>

Un estudio realizado en China, tuvo como finalidad validar el Q-LES-Q-SF de la versión china en pacientes psiquiátricos de atención primaria en Taiwán. Se incluyeron pacientes adultos quienes completaron el Q-LES-Q-SF, el Cuestionario de Salud del Paciente y la Encuesta de Salud Short Form. Después de esto, los investigadores entrevistaron a los pacientes utilizando el módulo de estado de ánimo de la Programación para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría y la escala de Hamilton de 17-items para depresión. A una submuestra de participantes se les volvió a aplicar el Q-LES-Q-SF en un intervalo de 2 semanas. Un total de 1,482 pacientes completaron el Q-LES-Q-SF. La validez de contenido fue buena, sin ningún efecto significativo piso/techo. La consistencia interna del Q-LES-Q-SF y fiabilidad test-retest fueron buenas. La estructura factorial fue examinado con un análisis exploratorio de factores (EFA) y un análisis factorial confirmatorio (CFA). El EFA produjo una estructura de 2 factores, que fue confirmado con el CFA con índices aceptables de ajuste. La validez del Q-LES-Q-SF fue satisfactoria para distinguir pacientes con y sin depresión, según el análisis de regresión jerárquica. Se determinó la evidencia de la validez concurrente para el Q-LES-Q-SF, y sus dos subescalas. Por lo que, el Q-LES-Q-SF versión China demostró tener validez y fiabilidad adecuada y

puede ser una herramienta útil para medir la calidad de vida de pacientes con depresión en poblaciones chinas.<sup>8</sup>

En Francia se llevó a cabo un estudio para examinar la validez y fiabilidad del Q-LES-Q y el Q-LES-Q-SF. Para ello se incluyeron un total de 124 pacientes ambulatorios con diagnóstico de dependencia de sustancias. La evaluación psicométrica incluyó análisis descriptivo, consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez. La dimensionalidad del instrumento fue explorada usando una combinación de la prueba clásica, el análisis factorial confirmatorio (CFA) y el índice de separación de Person (PSI). Los resultados de la Q-LES-Q-SF revelaron que el cuestionario es fácil de administrar y de buena aceptabilidad. La consistencia interna y la fiabilidad test-retest fueron 0.9 y 0.88, respectivamente. Todos los artículos se correlacionaron significativamente con la puntuación total y el SF-12 utilizado en el estudio. El CFA fue bueno, y para el constructo unidimensional, el PSI fue de 0.902. Por lo que, la versión francesa del Q-LES-Q-SF es válido y confiable para evaluar la calidad de vida para futuras investigaciones y la práctica clínica con toxicómanos franceses.<sup>9</sup>

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las patologías psiquiátricas, en especial los trastornos depresivos, representan uno de los principales retos en la actualidad para la medicina. El trastorno depresivo es una condición mórbida de alta prevalencia, cuya incidencia se ha incrementado en los últimos años, su mortalidad es mayor a la de otras condiciones médicas crónicas, incrementa la morbi-mortalidad cuando acompaña a otros padecimientos médicos, genera altos costos para los sistemas de salud, y afecta a todos los grupos de edad, género y condición social, sin importar el nivel económico y educativo.<sup>10,11</sup>

Aunque es bien aceptado que los trastornos psiquiátricos como la depresión afecta la calidad de vida de quienes la padecen y de las personas que la rodean, la medición de calidad de vida es difícil en estos pacientes por diversas razones. Estos pacientes presentan una compleja combinación de alteraciones cognitivas y afectivas, la fiabilidad de las mediciones mediante cuestionarios es muy sensible a los sesgos originados por factores como los trastornos de la comunicación verbal y los efectos secundarios de los anti-psicóticos, entre otros.<sup>2-4</sup>

Una herramienta para medir la calidad de vida en pacientes psiquiátricos con depresión y que ha sido validada en algunas poblaciones es el Q-LES-Q. Este es un cuestionario autoaplicable y está diseñado para obtener medidas sensibles del grado de disfrute y satisfacción que experimentan los pacientes en varias áreas del funcionamiento diario.<sup>5</sup> Sin embargo, el cuestionario Q-LES-Q no ha sido validado en población mexicana por lo que, el presente trabajo pretende evaluar si, ¿Es válido el cuestionario de calidad de vida, disfrute y satisfacción versión corta (Q-LES-Q-SF) en pacientes con depresión de la consulta externa del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California?

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 Definiciones de calidad de vida

El concepto de calidad de vida ha venido cobrando importancia ya que la mayor sobrevivencia de la población ha mejorado a expensas de un mayor número de personas con algún grado de discapacidad, y de personas con enfermedades crónicas que padecen los efectos de su enfermedad y del tratamiento. Actualmente, la salud de una persona se evalúa más allá de su capacidad física y se toman en cuenta su contexto social y su salud mental<sup>1</sup>.

A pesar del interés creciente en las últimas décadas por el tema de la calidad de vida, es importante constatar que no existe una definición acertada de la misma. Distintos autores utilizan diferentes definiciones implícitas pero no las explicitan<sup>12</sup>.

Entre las definiciones propuestas de calidad de vida se encuentran las siguientes:

- Calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa.<sup>13</sup>
- Calidad de vida es la evaluación subjetiva del carácter bueno o satisfactorio de la vida como un todo.<sup>14</sup>
- Calidad de vida es la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal.<sup>15</sup>
- Por definición, la calidad de vida es la sensación subjetiva de bienestar del individuo.<sup>16</sup>

- Es el indicador multidimensional del bienestar material y espiritual del hombre en un marco social y cultural determinado. <sup>18</sup>

### **Definición de la OMS:**

"La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y su relación con el entorno". <sup>1</sup>

Se puede caracterizar cada una de las facetas de la calidad de la vida definidas por la OMS como la descripción de una conducta, un estado, una capacidad, un potencial, una percepción o experiencia subjetivas que se clasifican de la siguiente manera: <sup>17</sup>

1. **Ámbito físico:** a) Dolor y malestar, b) Energía y fatiga y c) Sueño y descanso.
2. **Ámbito psicológico:** a) Sensaciones positivas, b) Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración, c) Autoestima, d) Concepto que la persona tiene de su cuerpo y su aspecto y e) Sentimientos negativos.
3. **Grado de independencia:** a) Movilidad, b) Actividades de la vida diaria, c) Dependencia de una medicación o de tratamientos y d) Capacidad de trabajo.
4. **Relaciones sociales:** a) Relaciones personales, b) Apoyo social y c) Actividad sexual.
5. **Medio:** a) Seguridad física, b) Medio doméstico, c) Recursos financieros y d) Salud y atención social: disponibilidad y calidad.
6. **Espiritualidad/Religión/Creencias personales.**

## **4.2 Medición de la calidad de vida con el Q-LES-Q**

Actualmente, la salud de una persona se evalúa más allá de su capacidad física y se toman en cuenta su contexto social y su salud mental. Existen diversos instrumentos de medición de la calidad de vida en diversas poblaciones y enfermedades. Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables<sup>1</sup>.

El Q-LES-Q es un instrumento de en el que cada paciente reporta su percepción respecto a lo que le preguntan. Está comprendido por 93 elementos, 91 de los cuales puede ser agrupado en 8 escalas reflejando la satisfacción que tiene el paciente con la salud física, sentimientos subjetivos, trabajo, actividades en el hogar, escuela, actividades placenteras, relaciones sociales y actividades en general. La subescala de actividades en general constituye el formato corto con el que se pueden empatar los resultados finales de la aplicación del cuestionario completo. El formato corto comprende 14 elementos que cubren un amplio rango de situaciones de vida más 2 elementos que miden la satisfacción con la medicación.<sup>5,7, 19</sup>

Cada elemento se califica con una escala de 5 puntos que evalúa el grado de disfrute y satisfacción experimentada durante la última semana. Tiene que ser así porque si se pregunta por la experiencia de calidad de vida de hace más de una semana los resultados ya no son confiables.<sup>5,7,19</sup> Mientras los resultados sean más altos es indicativo de mayor disfrute y satisfacción. Los puntos se expresan como porcentaje del máximo puntaje posible.<sup>19</sup>

## **4.3 Dificultades para medir calidad de vida en pacientes con patologías psiquiátricas**

Medir la calidad de vida subjetiva en pacientes psicóticos es desafiante ya que presentan una combinación compleja de alteraciones cognitivas y afectivas.

Primero, existe una insuficiente comprensión de cómo afecta la enfermedad y su tratamiento a las experiencias diarias de los pacientes.

Segundo, la validez ecológica de las mediciones tradicionales es escasa debido a la brecha existente entre el espacio institucional y los escenarios cotidianos en que los pacientes se desenvuelven<sup>2</sup>.

Tercero, la fiabilidad de las mediciones es muy sensible a los sesgos originados por factores tales como los trastornos de la comunicación verbal, los efectos secundarios de los anti-psicóticos, el olvido y la conveniencia del desempeño del rol de enfermo.<sup>3-4</sup>

Para superar estas dificultades, se han ideado distintas estrategias, tales como análisis del discurso de los pacientes, muestreo de experiencias y cuestionarios, siendo este método el preferido por su menor costo, facilidad de aplicación y posibilidades de cuantificación.<sup>20-21</sup>

Es importante que los cuestionarios destinados a medir calidad de vida en pacientes psiquiátricos, además de cumplir con las exigencias psicométricas exigidas a todo instrumento psicológico, cumplan con requisitos especiales, considerando las dificultades comunicativas de estos pacientes. Algunos de ellos son:

- 1) Que los instrumentos sean hetero-aplicados, lo que permite focalizar la atención del paciente;
- 2) Que sean breves y simples de responder;
- 3) Que sean específicos;
- 4) Que incluyan variables psicológicas mediadoras, tales como la autonomía y expectativas, y excluyan variables sintomatológicas; y

5) que sean ecológicamente válidos, esto es, que recojan las particularidades del grupo de pertenencia del paciente.<sup>21-22</sup>

#### **4.4 Depresión**

La depresión es un trastorno psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana (anhedonia).<sup>23</sup>

Los criterios diagnósticos de los diversos tipos de depresión se presentan a continuación:<sup>23,24</sup>

##### ***Trastorno depresivo mayor, episodio único***

- A.** Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B.** El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C.** Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.<sup>23,24</sup>

##### ***Trastorno depresivo mayor, recidivante***

- A.** Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.
- B.** Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un

trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

**C.** Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.<sup>23,24</sup>

### ***Trastorno distímico***

**A.** Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

**B.** Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Pérdida o aumento de apetito.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Falta de energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

**C.** Durante el período de 2 años de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

**D.** No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

**E.** Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

**F.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

**G.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia

**H.** Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.<sup>23,24</sup>

#### **4.5 Fármacos utilizados para el tratamiento de depresión**

Los fármacos utilizados en el tratamiento de los trastornos depresivos incluyen los antidepresivos tricíclicos (ATC) y los inhibidores de la recaptación de serotonina nuevas (ISRS), que se asocian con menos efectos secundarios.<sup>25</sup>

El tratamiento de primera línea es un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS), psicoterapia, o una combinación de farmacoterapia y psicoterapia. El tratamiento debe ajustarse de acuerdo a la respuesta con aumento de dosis o cambio de fármacos y la terapia de mantenimiento es con el o los fármacos que condujeron a la remisión.<sup>26</sup>

Los episodios depresivos generalmente responden bien al tratamiento a corto plazo; estudios han demostrado que aproximadamente el 65% a 80% de los pacientes depresivos se puede tratar eficazmente con fármacos antidepresivos, mientras que las tasas de respuesta al placebo están en el rango de 20% a 40%. El tratamiento del paciente con depresión aguda es a corto plazo o episódico. Aunque los pacientes suelen responder bien al tratamiento a corto plazo, la recaída y la recurrencia son problemas comunes en la práctica clínica. Un nuevo episodio puede ser una recaída o una recurrencia, que en la actualidad son reconocidos como dos eventos distintos. La recaída ha sido vagamente definida

como un evento depresivo que tiene lugar dentro de 4 a 6 meses del evento original, mientras que la repetición se produce después de este período. Los pacientes que alcanzan un estado asintomático estable con pleno restablecimiento de la función psicosocial y que son libres de síntomas durante 6 meses o más después de un episodio de depresión se dice que se han recuperado. Una revisión de estudios con seguimiento de más de 1 año ha demostrado consistentemente altas tasas de recurrencia; todos los pacientes experimentaron al menos dos episodios en un estudio, en otros, las tasas de recurrencia van de 78–96%. Los estudios indican que entre el 50% y el 85% de los pacientes con diagnóstico de depresión mayor experimentará al menos un episodio más de la depresión en su vida, y los individuos con una historia de dos o más episodios depresivos tienen casi un 90% de probabilidades de experimentar un tercer episodio. <sup>25–28</sup>

Varios estudios han indicado la necesidad de tratamiento a largo plazo de los pacientes con depresión mayor. Algunas guías de tratamiento recomiendan un período de tratamiento por hasta 9 meses después de la respuesta terapéutica inicial. Aunque la eficacia clínica de los ISRS es comparable a la de los TCAs, su principal ventaja en la práctica clínica es la menor incidencia de efectos secundarios y una mayor cumplimiento del paciente. Por lo tanto el aumento de la tolerabilidad del paciente a los ISRS, los hace agentes ideales para la fase de mantenimiento a largo plazo del tratamiento, lo cual ha sido confirmado por un gran número de estudios. <sup>25–28</sup>

En la Tabla 1. Se presentan un resumen de los fármacos antidepresivos. <sup>29</sup>

| <b>Tabla 1.</b> Fármacos utilizados para el tratamiento de los trastornos depresivos |                            |                |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------|
| <b>Fármacos</b>                                                                      | <b>Mecanismo de acción</b> | <b>Efectos</b> | <b>Efectos adversos</b> |
| <b>Subclase: Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS)</b>         |                            |                |                         |

|                                                                                             |                                                                                                                   |                                                                                                                             |                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Fluoxetina<br>Citalopram<br>Escitalopram<br>Paroxetina<br>Sertralina                        | Bloqueo selectivo del transportador de serotonina (SERT). Poco efecto en el transportador de norepinefrina (NET). | Aumento agudo de la actividad sináptica serotoninérgica. Enlentece en varias vías de señalización y actividad neurotrófica. | Disfunción sexual<br>Riesgo de síndrome serotoninérgico en concomitancia con IMAOS    |
| <b>Inhibidores de la recaptura de Serotonina-Norepinefrina (IRSN)</b>                       |                                                                                                                   |                                                                                                                             |                                                                                       |
| Duloxetina<br>Venlafaxina                                                                   | Moderado bloqueo selectivo de NET y SERT                                                                          | Aumento agudo de la actividad sináptica serotoninérgica y adrenérgica.                                                      | Sedación anticolinérgica<br>Hipertensión (venlafaxina)                                |
| Desvenlafaxina: Metabolito de la venlafaxina, con metabolismo de fase II predominantemente. |                                                                                                                   |                                                                                                                             |                                                                                       |
| Milnacipran: Significativamente más selectivo para NET que SERT; poco efecto en DAT.        |                                                                                                                   |                                                                                                                             |                                                                                       |
| <b>Antidepresivos tricíclicos (ATC)</b>                                                     |                                                                                                                   |                                                                                                                             |                                                                                       |
| Imipramina<br>Otros                                                                         | Mixto con bloqueo variable de NET y SERT.                                                                         | Igual que (IRSN), bloqueo significativo del sistema nervioso autónomo y receptores de histamina.                            | Efectos anticolinérgicos<br>Sedación<br>Ganancia de peso<br>Arritmias y convulsiones. |
| <b>Antagonistas 5-HT<sub>2</sub></b>                                                        |                                                                                                                   |                                                                                                                             |                                                                                       |
| Nefazodona<br>Trazodona                                                                     | Inhibición del receptor 5-HT <sub>2A</sub><br>La nefazodona también bloquea SERT débilmente.                      | La trazodona forma un metabolito (m-cpp) que bloquea los receptores 5-HT <sub>2A</sub> .                                    | La trazodona bloquea levemente el receptor H1                                         |

| <b>Tetracíclicos, Unicíclicos</b>                    |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                           |                                                                                                           |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bupropión<br>Amoxapina<br>Maprotilina<br>Mirtazapina | Incrementa la actividad de norepinefrina y dopamina (bupropion)<br>Inhibición NET > SERT (amoxapina, maprotilina)<br>liberación incrementada de norepinefrina y 5-HT (mirtazapina) | Liberación presináptica de catecolaminas sin efecto en 5-HT (bupropión); amoxapina y maprotilina son similares a los ATC. | Disminuye el control de las convulsiones (amoxapina, bupropión); sedación y ganancia de peso(mirtazepina) |
| <b>Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAOs)</b>     |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                           |                                                                                                           |
| Fenelzina<br>Tranilcipromina<br>Selegilina           | Bloqueo de los receptores MAO-A y MAO-B (La fenelazina no es selectiva) Inhibición selectiva irreversible de MAO-B (con dosis baja de selegilina)                                  | La absorción trasdérmica de selegilina inhibe la MAO-A                                                                    | Hipotensión<br>Insomnio                                                                                   |

## 5. JUSTIFICACIÓN

La depresión es un trastorno común, a veces grave y recurrente vinculado a disminución de la calidad de vida, morbilidad médica y mortalidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado a la depresión como la cuarta causa de discapacidad en el mundo y las proyecciones estiman que para el 2020, será la segunda causa de discapacidad.<sup>30</sup>

En México, los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con incapacidad. La depresión es uno de los cuatro padecimientos más discapacitantes (esquizofrenia, depresión, obsesión-compulsión y alcoholismo) y la primera causa de atención psiquiátrica en México. Los datos de la Encuesta Nacional de Evaluación de Desempeño 2002-2003 establecieron que 5.8% de las mujeres y 2.5 % de los hombres de 18 años y más sufrieron alguna sintomatología relacionada con depresión y que la prevalencia de depresión se incrementa con la edad en ambos sexos. La prevalencia de depresión en mujeres menores de 40 años fue de 4% y alcanzó una cifra de 9.5% en las mujeres mayores de 60 años. En hombres la prevalencia fue de 1.6 % en menores de 40 años y de 5.0% en mayores de 60 años.<sup>10</sup>

La calidad de vida de los pacientes se ve disminuida con la depresión, pero hasta el momento no existen herramientas validadas para población mexicana que evalúen la calidad de vida en pacientes con depresión. Contar con una herramienta validada para evaluar la calidad de vida de los pacientes con depresión, tendría diversas ventajas como: conocer el grado de afectación de la calidad de vida de los pacientes con esta enfermedad, comparar la calidad de vida de los pacientes mexicanos con depresión con pacientes de otras nacionalidades, conocer la calidad de vida en pacientes con depresión de distintos estados, ciudades y hospitales, y evaluar la utilidad de las terapias anti-depresivas para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

El presente trabajo es factible debido a que se cuenta con el acceso a pacientes en el Instituto de Psiquiatría de Baja California, implica una mínima inversión y se tiene la capacidad técnica para llevarlo a cabo. Sin embargo, a futuro sería importante validar su utilidad en pacientes con otras patologías psiquiátricas.

## **6. HIPÓTESIS**

El cuestionario de calidad de vida, disfrute y satisfacción versión corta (Q-LES-Q-SF) tiene validez y fiabilidad para evaluar la calidad de vida en pacientes con depresión de la consulta externa del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California.

## **7. OBJETIVOS**

### **7.1 Objetivo general**

Evaluar la validez y fiabilidad del cuestionario de calidad de vida, disfrute y satisfacción versión corta (Q-LES-Q-SF) para evaluar la calidad de vida en pacientes con depresión de la consulta externa del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California.

### **7.2 Objetivos particulares**

1. Conocer las características demográficas y clínicas de los pacientes.
2. Determinar la validez y fiabilidad del cuestionario Q-LES-Q-SF.
3. Comparar el nivel de calidad de vida de los pacientes de acuerdo al trastorno depresivo con el cuestionario Q-LES-Q-SF.

## **8. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **8.1 Sede de estudio**

Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California.

### **8.2 Periodo de estudio**

Mayo de 2014 a Noviembre de 2014.

### **8.3 Tipo de estudio**

Observacional, transversal, analítico.

### **8.4 Universo del estudio**

Pacientes con trastorno depresivo atendidos en consulta externa del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California.

### **8.5 Tamaño de la muestra**

Se incluyeron 82 pacientes que acudieron a consulta y cumplieron los criterios de inclusión durante el periodo del estudio.

### **8.6 Criterios de selección**

#### *Criterios de Inclusión*

Pacientes adultos de 18–80 años, de cualquier género con diagnóstico de alguno de los siguientes trastornos depresivos: depresión leve, depresión moderada, depresión severa, depresión con síntomas psicóticos ó distimia.

### *Criterios de exclusión*

Se excluyeron los pacientes psicóticos, con déficit cognitivo severo o con retardo mental, o con algún impedimento para leer, comprender y firmar el consentimiento para participar en este estudio.

### **8.7 Descripción general del estudio**

En este estudio transversal preliminar, se recaudaron cuestionarios de pacientes de la consulta externa del Instituto Psiquiátrico del Estado de Baja California (IPEBC) con cualquiera de los siguientes diagnósticos: depresión leve, depresión moderada, depresión severa, depresión con síntomas psicóticos o distimia. Todos los pacientes dieron su consentimiento para participar en el estudio. Se recaudó información demográfica básica la cual incluyó edad, género, ocupación (empleado si/no), años de escolaridad y estado civil (soltero si/no). Otras variables independientes obtenidas incluyeron presencia (si/no) de diabetes, hipertensión y uso (si/no) de antidepresivos y otros psicotrópicos. Posteriormente se procesaron y analizaron los datos.

### **8.8 Escala Q-LES-SF**

A todos los participantes se les administró la escala de calidad, disfrute y satisfacción de vida, versión corta (Q-LES-SF). Esta es una escala autoaplicada, que consiste de 16-items derivados de la escala original Q-LES la cual cuenta con 93-items. Esta escala evalúa a nivel general que tanto el individuo disfruta su salud, empleo, vida familiar, social, sexual, pasatiempos y estado socio-económico. Los últimos 2 items miden que tan satisfecho está el individuo con la toma de sus medicamentos y a nivel global que tan satisfecho está con su vida. El puntaje se obtiene de los primeros 14-items, y tiene un rango de 14 a 70 y generalmente se expresa en porcentaje. La escala Q-LES fue traducida del inglés al español y posteriormente traducida de vuelta al inglés comparando la version original con la version traducida final. Al aplicar el cuestionario los

pacientes sintieron que la escala era clara y representaba varios de los dominios que describían su calidad de vida.

### 8.9 Clasificación y definición de variables

Se presentan a continuación las variables del estudio, su clasificación y definición.

| <b>Tabla 2.</b> Clasificación y definición de las variables del estudio |                  |                                                                                                                                 |                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <i>Nombre</i>                                                           | <i>Categoría</i> | <i>Definición operacional</i>                                                                                                   | <i>Unidad de medición</i>                           |
| <i>Dependientes</i>                                                     |                  |                                                                                                                                 |                                                     |
| Validez del Q-LES-Q-SF                                                  | Nominal          | Análisis factorial exploratorio con 2 factores y análisis factorial confirmatorio con valores de RMSA <0.06 y de CTI>0.9        | Si<br>No                                            |
| Confiabilidad del Q-LES-Q-SF                                            | Nominal          | Coeficiente de consistencia interna con $\alpha$ de Cronbach mayor de 0.7 y eigenvalue mayor a 1                                | Si<br>No                                            |
| <i>Independiente</i>                                                    |                  |                                                                                                                                 |                                                     |
| Concordancia cuestionario-percepción de calidad de vida                 | Ordinal          | Grado de concordancia del cuestionario con la percepción de calidad de vida de la población en la que se aplicó el cuestionario | No se pudo medir (salía de los límites del estudio) |

#### *Variables intervinientes*

- Características demográficas (edad, género, escolaridad, ocupación)
- Toxicomanías (tabaquismo, uso de alcohol, canabbis, opiodes, metanfetaminas, cocaína)
- Diagnóstico

- Fármacos prescritos (ISRS, estimulantes, sedantes, antipsicóticos, moduladores)
- Enfermedades concomitantes (diabetes mellitus, hipertensión, dislipidemia, patologías tiroideas).

### **8.10 Análisis estadístico**

El análisis de datos y los gráficos se llevó a cabo con los paquetes estadísticos SPSS 22.0 y/o GraphPad v5.0. Se realizó un análisis descriptivo con frecuencias, porcentajes, media, mediana, desviación estándar de las variables de estudio, según correspondió.

#### *Consistencia Interna*

Para determinar el comportamiento de los ítems entre ellos, se determinó el coeficiente de consistencia interna basado en  $\alpha$  de Cronbach alpha. De acuerdo a Cohen, para que la escala tenga una consistencia interna adecuada, se busca un  $\alpha$  de Cronbach  $>0.70$ .

#### *Análisis Factorial*

Para analizar la estructura y el concepto general que mide la escala Q-LES-SF, se realizó primero un análisis factorial exploratorio (EFA) y posteriormente un análisis factorial confirmatorio (CFA) basado en las variables latentes obtenidas del EFA.

El EFA se realizó utilizando un componente principal y una rotación varimax para obtener una matriz oblicua. De esta forma, se busca determinar la correlación de cada ítem entre sí y entre los demás ítems de la escala. Los factores o variables latentes obtenidas se consideraban relevantes en la matrix si se obtenía un *eigenvalue* por encima de 1. Las variables latentes que obtuvieran un valor

absoluto mayor de 0.4 fueron considerados adecuados para ser incorporados en la interpretación final.

El CFA se realizó para determinar si los factores o variables latentes obtenidas del EFA cumplían con un índice de encaje o adaptabilidad adecuado. Se utilizó el método de estimación de la probabilidad máxima (MLE) para determinar la matriz de correlación. Tradicionalmente, se utiliza el  $\chi^2$  para estimar el índice de adaptabilidad de la matriz. Como esta prueba ( $\chi^2$ ) es muy sensible al tamaño de la muestra, se utilizaron otros índices de adaptabilidad como el error promedio de aproximación cuadrático (RMSEA) y el índice standard de adaptabilidad (CTI). Valores del RMSEA  $<0.06$  y del CTI  $>0.9$  consideran que el modelo de factores o variables latentes tienen una representación adecuada del concepto general que mide la escala.

#### **8.10 Consideraciones éticas**

El estudio se apegó a: los principios éticos de la Asamblea Médica Mundial establecidos en la Declaración de Helsinki, Finlandia en 1964; y a las modificaciones hechas por la misma asamblea en Tokio, Japón en 1975 en donde se incluyó la investigación médica (investigación clínica), principios que fueron ratificados en Río de Janeiro en el 2014. También se apegó el presente estudio al reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, la cual establece en su artículo 17, que de acuerdo a su naturaleza el estudio es clasificado como Tipo I. Es un estudio tipo I porque no se realizó con cuestionarios autoaplicables e interrogatorio dirigido y no se sometió al paciente a ningún procedimiento que pusiera en riesgo su seguridad y salud. Todos los pacientes firmaron carta de consentimiento informado.

## 9. RESULTADOS

### *Características demográficas de los participantes*

Se incluyeron en el estudio 82 pacientes con trastornos depresivos de edad promedio de  $39.8 \pm 13.9$  años (edad mínima de 18 años y máxima de 77 años). El porcentaje de hombres y mujeres fue 48.8 y 31.2%, respectivamente. Al comparar por género no hubo diferencia estadísticamente significativa en edad y escolaridad. Mientras que en ocupación, fue mayor el porcentaje de empleados en hombres (77%) que en mujeres (23%).

| <b>Tabla 3. Características demográficas de los pacientes (n=82)</b> |                         |                         |                 |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------|
| <b>Variables</b>                                                     | <b>Mujeres<br/>n=42</b> | <b>Hombres<br/>n=40</b> | <b>Valor p</b>  |
| Edad <i>media</i> (SD)                                               | 40.3(12.8)              | 39.3(15.2)              | 0.75            |
| Escolaridad <i>media</i> (SD)                                        | 8.9(3.8)                | 9.8(3.4)                | 0.27            |
| Empleados <i>n</i> (%)                                               | 11(23)                  | 37(77)                  | <b>&lt;0.05</b> |

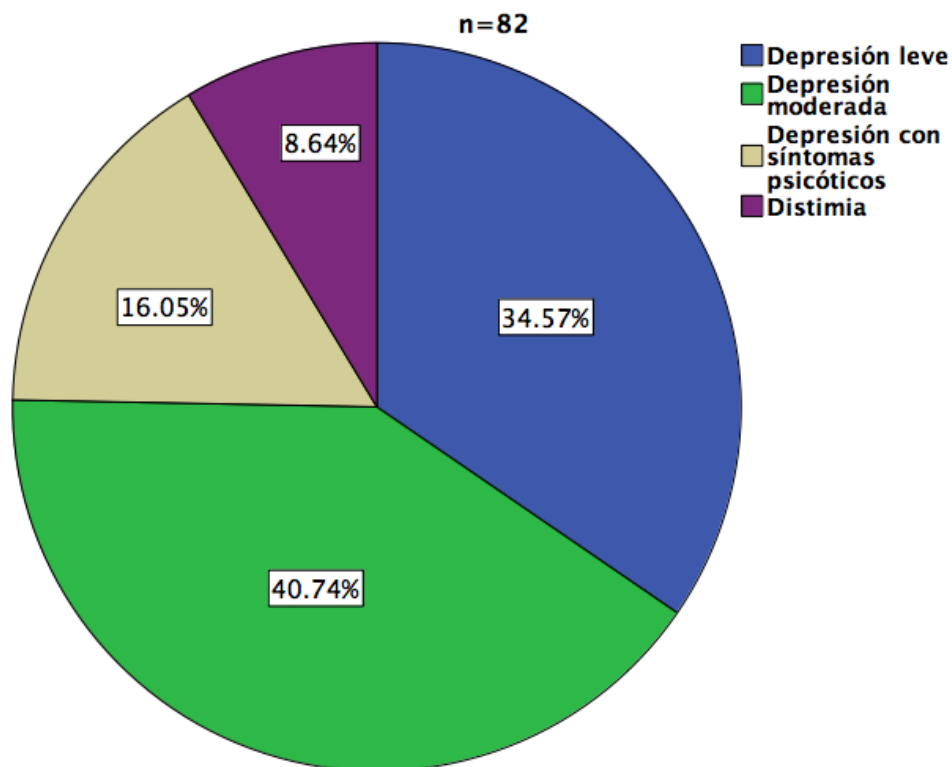
### *Toxicomanías de los participantes*

Se obtuvo información de los pacientes sobre toxicomanías. Diez pacientes (12.2%) fumaban, de los cuales 50% eran hombres y 50% mujeres. El 8.5% (n=7) tomaban alcohol, el 6% (n=5) usaban cannabis, el 1.2% consumía cocaína (n=1), el 9.7% usaba anfetaminas (n=8) y el 3.6% usaba opiodes (n=3). La distribución de toxicomanías por género se presenta en la tabla 4

| Tabla 4. Toxicomanías de los pacientes (n=82) |                 |                 |             |
|-----------------------------------------------|-----------------|-----------------|-------------|
| Variables                                     | Mujeres<br>n=42 | Hombres<br>n=40 | Valor p     |
| Tabaquismo (%)                                | 5(50)           | 5(50)           | 0.93        |
| Alcohol (%)                                   | 1(14)           | 6(86)           | <b>0.04</b> |
| Cannabis (%)                                  | 1(20)           | 4(80)           | 0.15        |
| Cocaína (%)                                   | 0               | 1(100)          | 0.30        |
| Anfetaminas (%)                               | 1(13)           | 7(87)           | <b>0.02</b> |
| Opioides (%)                                  | 0               | 3(100)          | 0.07        |

#### *Diagnósticos de los participantes*

Los diagnósticos de los participantes fueron: depresión leve, depresión moderada, depresión severa, depresión con síntomas psicóticos y distimia (Figura 1).



**Figura 1.** Diagnósticos de los pacientes.

*Fármacos que utilizaban los participantes*

Las clases de fármacos que utilizaban los pacientes fueron antidepresivos (96.3%), antipsicóticos (10.8%), moduladores (30.5%) y benzodiacepinas (60%). Su frecuencia de uso por género se presenta en la Tabla 5.

| Tabla 5. Clases de fármacos que utilizaban los pacientes (n=82) |                 |                 |             |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|-------------|
| Variables                                                       | Mujeres<br>n=42 | Hombres<br>n=40 | Valor p     |
| Antidepresivos (%)                                              | 39(49)          | 40(51)          | 0.08        |
| Antipsicótico (%)                                               | 3(33)           | 6(67)           | 0.25        |
| Modulador (%)                                                   | 8(32)           | 17(68)          | <b>0.02</b> |
| Benzodiacepinas (%)                                             | 34(57)          | 26(43)          | 0.10        |

### *Comorbilidades de los participantes*

Las comorbilidades más comunes de los pacientes fueron hipertensión (15.8%) y diabetes mellitus (10.8%). La frecuencia de dislipidemia y enfermedades tiroideas fue muy baja (Tabla 6).

| <b>Tabla 6. Comorbilidades de los pacientes (n=82)</b> |                         |                         |                |
|--------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------|
| <b>Variables</b>                                       | <b>Mujeres<br/>n=42</b> | <b>Hombres<br/>n=40</b> | <b>Valor p</b> |
| Diabetes (%)                                           | 6(67)                   | 3(33)                   | 0.32           |
| Hipertensión (%)                                       | 7(54)                   | 6(46)                   | 0.83           |
| Dislipidemias (%)                                      | 1 (50)                  | 1(50)                   | 0.97           |
| Enfermedades tiroideas (%)                             | 1 (100)                 | 1(0)                    | 0.33           |

### *Confiabilidad del Q-LES-Q-SF*

La confiabilidad interna de la escala Q-LES-SF en la muestra de 82 participantes, medida por el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, fue robusta y sustancial ( $\alpha=0.92$ ). Los únicos ítems dentro de los 16 medidos de la escala que mostraron una correlación inferior fueron "satisfecho con su vivienda-q11" ( $r=0.50$ ) y "satisfecho con su capacidad de movilidad-q12" ( $r=0.45$ ), *Tabla 7*. Todos los ítems se correlacionaron significativamente con el puntaje total en un rango de 0.338–0.683 (coeficiente de correlación de Spearman,  $p < 0.05$ ).

| <b>Tabla 7. Confiabilidad de los ítems, con el índice alfa de Cronbach</b> |                                                       |                                                          |                                                           |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <i>Item</i>                                                                | <i>Media de escala si el elemento se ha suprimido</i> | <i>Varianza de escala si el elemento se ha suprimido</i> | <i>Correlación de cada ítem con el total de la escala</i> | <i>Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido</i> |
| q1                                                                         | 48.07                                                 | 143.723                                                  | 0.772                                                     | 0.926                                                  |
| q2                                                                         | 48.39                                                 | 140.809                                                  | 0.805                                                     | 0.924                                                  |
| q3                                                                         | 48.27                                                 | 138.791                                                  | 0.762                                                     | 0.925                                                  |

|     |       |         |       |       |
|-----|-------|---------|-------|-------|
| q4  | 48.24 | 143.421 | 0.69  | 0.927 |
| q5  | 48.21 | 142.636 | 0.629 | 0.929 |
| q6  | 47.96 | 141.665 | 0.691 | 0.927 |
| q7  | 48.38 | 142.213 | 0.622 | 0.929 |
| q8  | 48.04 | 140.258 | 0.806 | 0.924 |
| q9  | 48.85 | 140.62  | 0.577 | 0.931 |
| q10 | 48.61 | 145.796 | 0.616 | 0.929 |
| q11 | 47.98 | 149.111 | 0.507 | 0.931 |
| q12 | 48.13 | 147.327 | 0.454 | 0.934 |
| q13 | 48.11 | 143.185 | 0.663 | 0.928 |
| q14 | 48.24 | 144.458 | 0.73  | 0.927 |
| q15 | 47.84 | 147.419 | 0.598 | 0.929 |
| q16 | 48.07 | 142.933 | 0.684 | 0.927 |

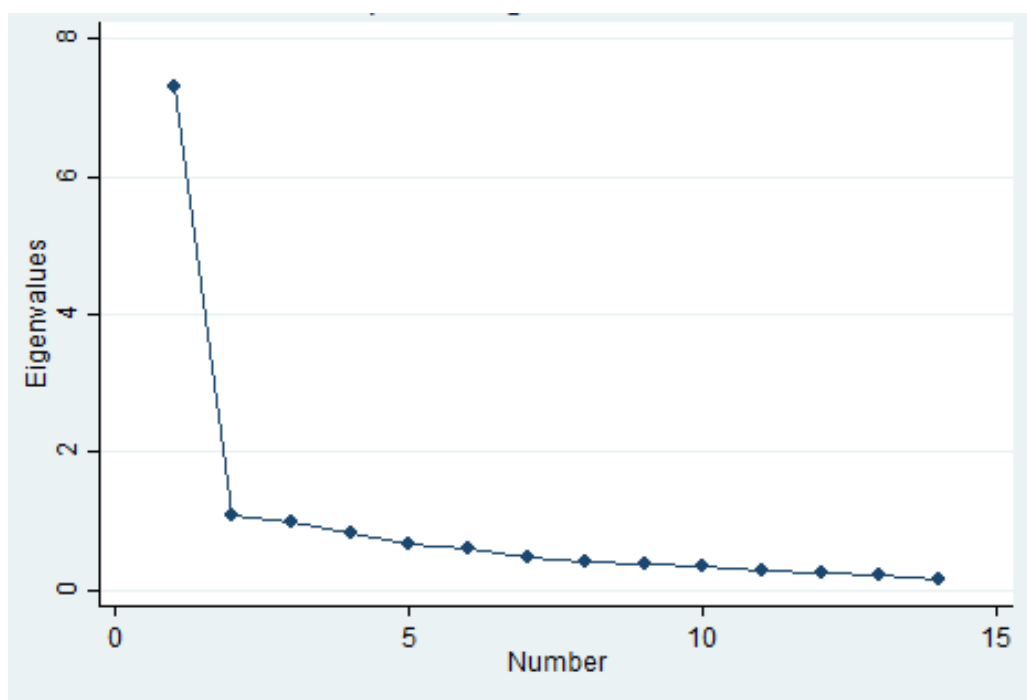
#### *Validez del Q-LES-Q-SF*

El análisis factorial exploratorio (EFA) se realizó en los 82 pacientes. La prueba de Barlett para la especificidad fue significativa ( $p < 0.05$ ) con un *likelihood ratio*  $\chi^2 = 578.2$ ,  $p < 0.05$ . La Tabla 8 demuestra los valores del eigenvalue (valor propio), la cual retuvo 2 factores basados en el eigenvalue mayor que 1. La Figura 2, demuestra el gráfico de sedimentación que confirma por visualización el resultado de dos factores o variables latentes que salen de la escala Q-LES-SF. De acuerdo con la literatura, la escala Q-LES-SF retiene dos factores basado en EFA. Estos son un factor "psicosocial" y otro factor "físico". Para la extracción de los factores, se obtuvo una rotación ortogonal varimax con normalización Kaiser.

| <b>Tabla 8.</b> Valores de eigenvalue del análisis factorial exploratorio*– Validez de concepto de la escala Q-LES-Q-SF |                   |                   |                   |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| <i>Factor</i>                                                                                                           | <i>Eigenvalue</i> | <i>Diferencia</i> | <i>Proporción</i> | <i>Acumulado</i> |
| <b>Factor 1</b>                                                                                                         | <b>7.30994</b>    | <b>6.23869</b>    | <b>0.5221</b>     | <b>0.5221</b>    |
| <b>Factor 2</b>                                                                                                         | <b>1.07125</b>    | <b>0.08095</b>    | <b>0.0765</b>     | <b>0.5987</b>    |

|           |         |         |        |        |
|-----------|---------|---------|--------|--------|
| Factor 3  | 0.9903  | 0.17521 | 0.0707 | 0.6694 |
| Factor 4  | 0.81509 | 0.13794 | 0.0582 | 0.7276 |
| Factor 5  | 0.67715 | 0.07555 | 0.043  | 0.776  |
| Factor 6  | 0.60159 | 0.11521 | 0.0347 | 0.819  |
| Factor 7  | 0.48639 | 0.06973 | 0.0298 | 0.8537 |
| Factor 8  | 0.41666 | 0.02696 | 0.0276 | 0.8835 |
| Factor 9  | 0.38696 | 0.03828 | 0.0249 | 0.9111 |
| Factor 10 | 0.34868 | 0.06875 | 0.02   | 0.936  |
| Factor 11 | 0.27993 | 0.03489 | 0.0175 | 0.956  |
| Factor 12 | 0.24504 | 0.03471 | 0.015  | 0.9735 |
| Factor 13 | 0.21033 | 0.04963 | 0.0115 | 0.9885 |
| Factor 14 | 0.1607  |         |        | 1      |

\* Análisis factorial / correlación con el método factores y componentes principales; sin rotar; 82 observaciones; 2 factores retenidos.



**Figura 2.** Gráfico de sedimentación de los eigenvalues.

El primer factor tuvo un eigenvalue de 7.30, contribuyendo a 52% de la variabilidad de la muestra. La extracción produjo factores en los cuales el

coeficiente fue superior al 0.4, indicando que los items que se retuvieron en la matriz fueron significativos. La Tabla 9 muestra la validez de la escala basado en los items que se retuvieron en la rotación de la matriz.

| <b>Tabla 9.</b> Componentes de los factores psicológicos y sociales del Q-LES-SF |                 |                 |               |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|---------------|
| <i>Variable</i>                                                                  | <i>Factor 1</i> | <i>Factor 2</i> | <i>Unidad</i> |
| QLES Física                                                                      | 0.5713          | 0.5809          | 0.3361        |
| QLES Ánimo                                                                       | 0.6164          | 0.578           | 0.2859        |
| QLES Trabajo                                                                     | 0.5232          | 0.6346          | 0.3235        |
| QLES Hogar                                                                       | 0.4857          | 0.5935          | 0.4118        |
| QLES Social                                                                      | 0.7648          |                 | 0.3899        |
| QLES Familia                                                                     | 0.721           |                 | 0.3956        |
| QLES Tiempo libre                                                                | 0.5854          |                 | 0.5192        |
| QLES Vida diaria                                                                 | 0.5847          | 0.6128          | 0.2826        |
| QLES Sexual                                                                      | 0.6693          |                 | 0.5102        |
| QLES Economía                                                                    |                 | 0.7303          | 0.3879        |
| QLES Vivienda                                                                    |                 | 0.8691          | 0.2445        |
| QLES Movilidad                                                                   | 0.5725          |                 | 0.6641        |
| QLES Hobbies                                                                     | 0.6432          |                 | 0.4834        |
| QLES Bienestar                                                                   | 0.7088          |                 | 0.384         |

\* Cargas factoriales rotadas (patrón de matriz) y variaciones únicas

Posteriormente se realizó un análisis factorial confirmatorio (CFA), buscando lograr un buen "fit" de los dos factores observados en el EFA. Los índices "fit" o de ajuste mostraron que el factor *Físico* demostró buen "fit" en el modelo, pudiéndose describir como una variable latente ( $\chi^2 < 0.05$ ; RMSEA < 0.06, CFI > 0.9). Estos índices incluyeron "satisfacción con trabajo" "satisfacción con vivienda" y "satisfacción con economía". El factor *Psicosocial* el cual se compone de los demás items con un carga > 0.4, no presentó un buen fit ( $\chi^2 < 0.05$ ; RMSE = 0.2; CFI = 0.8), lo cual es contrario a la literatura que soporta un "fit" de índice adecuado de dos tipos de factores comprobados con el análisis factorial confirmatorio.

## 10. DISCUSIÓN

La calidad de vida es un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y su relación con el entorno.<sup>1</sup> Por lo tanto, medir la calidad de vida en pacientes psiquiátricos es difícil por la compleja combinación de alteraciones cognitivas y afectivas, por los efectos secundarios de los fármacos, por la insuficiente comprensión de cómo las experiencias diarias afectan su calidad de vida, y por las frecuentes dificultades de los pacientes para comprender, interpretar y dar respuesta a preguntas.<sup>2-4</sup>

En este sentido, la escala Q-LES-Q-SF ha demostrado ser confiable, reproducible y válida para medir la calidad de vida en pacientes psiquiátricos con depresión y ha sido validada en algunas poblaciones.<sup>5,6,7,8,9</sup>

De acuerdo a lo reportado en la literatura, esta es la primera vez que se valida la escala Q-LES-Q-SF en población mexicana. Mediante la prueba alfa de Cronbach se corroboró una muy buena consistencia interna (superior a 0.9). Incluso superior a las validaciones realizadas en población alemana, coreana, taiwanesa, portuguesa, italiana y francesa (0.76, 0.87, 0.88, 0.90).<sup>6,7,8,9</sup> Esto demuestra que el instrumento coherentemente investiga la calidad de vida mediante sus items. Todos los items se correlacionaron significativamente con el puntaje total, pero las correlaciones variaron entre items, indicando que algunos items son más relevantes que otros para medir la calidad de vida.

El análisis factorial exploratorio realizado permitió comprobar la existencia de dos factores o dominios, el físico y el psicosocial con eigenvalues superiores a 1. Esto es consistente con lo reportado en la literatura.<sup>6,7,8,9</sup>

El dominio físico explicó alrededor del 52% de la variabilidad de la muestra, mientras que el factor 2 solo el 7%. De manera que el análisis factorial confirmatorio solo fue satisfactorio para el factor físico, mas no para el factor psicosocial. La confirmación del factor físico como dominio está de acuerdo con

lo reportado en la literatura, pero la falta de satisfacción del factor psicosocial difiere de lo publicado.<sup>6,7,8,9</sup> Es posible que este hallazgo se deba al pequeño tamaño de muestra, porque para estudios de validación psicométrica se recomienda un mínimo de 250 participantes.

## **11. CONCLUSIONES**

1. El instrumento Q–LES–Q–SF tiene una excelente confiabilidad medida con el alfa de Cronbach.
2. Se identificaron dos dominios mediante el análisis factorial exploratorio, de los cuales el factor físico (dominio 1) fue satisfactorio.
3. La escala Q–LES–Q–SF tiene buena aplicación clínica porque permite establecer la asociación entre los factores físicos y psicosociales con la calidad de vida percibida de los pacientes con depresión.

## 12. BIBLIOGRAFÍA

1. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Méx.* 2002; 44(4):349-361.
2. Barge-Schaapveld D, Nicolson N, Delespaul P, Devries MW. Evaluación de la calidad de vida con el método del muestreo de experiencias. En: Katsching H, Freeman H, Sartorius N, editores. *Calidad de Vida en los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson; 2000. pp. 19-29.
3. Grupo Médico Asociado (Tudela). Centro Asociado de la UNED en Tudela. Problemas conceptuales y metodológicos en la investigación de la calidad de vida en las esquizofrenias. *Informaciones Psiquiátricas*. 2002; 169: 1-17.
4. Scollon CH, Kim-Prieto CH, Diener E. Experience sampling: promises and pitfalls, strengths and weaknesses. *J Happiness Studies*. 2003; 4: 5-34.
5. Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. 1993; 29(2):321-6.
6. AusHak WW, Mirocha J, James D, Tobia G, Vilhauer J, Fakhry H, Pi S, Hanson E, Nashawati R, Peselow ED, Cohen RM. Quality of life in major depressive disorder before/after multiple steps of treatment and one-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 2015;131(1):51-60.
7. Woo JM, Jeon HJ, Noh E, Kim HJ, Lee SW, Lee KK, Kim SH, Hong JP. Importance of remission and residual somatic symptoms in health-related quality of life among outpatients with major depressive disorder: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2014 ;12:188.
8. Lee YT, Liu SI, Huang HC, Sun FJ, Huang CR, Yeung A. Validity and reliability of the Chinese version of the Short Form of Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q-SF). *Qual Life Res*. 2014; 23(3):907-16.
9. Bourion-Bédès S1, Schwan R, Epstein J, Laprevote V, Bédès A, Bonnet JL, Baumann C. Combination of classical test theory (CTT) and item response theory (IRT) analysis to study the psychometric properties of the

- French version of the Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form (Q-LES-Q-SF). *Qual Life Res.* 2015; 24(2):287-93.
10. Secretaría de Salud. Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo, México; Secretaría de Salud, 2009. pp. 1–59.
  11. Jane-Llopis E, Hosman C, Jenkins R, Anderson P. Predictors of efficacy in depression prevention programmes: meta- analysis. *British Journal of Psychiatry* 2003;183(5):384-397.
  12. Ardila Rubén. Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología.* 2003; 35(2): 161-164.
  13. Trivedi JK. Quality of life in psychiatric patients. *Indian J Psychiatry.* 1999; 41(4):277-9.
  14. Levy L, Anderson L. La tensión psicosocial, población, ambiente y calidad de vida. México. El Manual Moderno; 1980.pp. 7.
  15. Szalai, A. The meaning of comparative research on the quality of life. En: A Szalai, & F. M. Andrews, editors. *The quality of life. Comparative studies.* London: Sage;1980.p.387-394.
  16. Celia, D. F., YTulsky, D. S. Measuring the quality of life today: methodological aspects. *Oncology.*1990; 4: 29-38.
  17. Chaturvedi, S. K. What is important for quality of life to Indians in relation to cancer?. *Social Science and Medicine.* 1991; 33: 91-94.
  18. Organización Mundial de la Salud. Manual de instrucciones de la OMS sobre la calidad de vida.1998. pp. 61-71.
  19. Schechter D, Endicott J, Nee J. Quality of life of 'normal' controls: association with lifetime history of mental illness. *Psychiatry Res.* 2007; 152(1):45-54.
  20. Lolas F, Gottschalk L. El método de análisis de contenido de Gottschalk y Gleser en la investigación psiquiátrica. *Act Psiquiát Psicol Ámer lat.* 1978; 24:247-56.
  21. Mckenna S P. Measuring Quality of Life in Schizophrenia. *Eur Psychiatry.*1997; 12 (3): 267-74.

22. Gladis MM, Gosch EA, Dishuk NM, Crits-Christoph P. Quality of life: expanding the scope of clinical significance. *J Consult Clin Psychol*. 1999 Jun;67(3):320-31.
23. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Masson. 2001.
24. Kessing LV. Epidemiology of subtypes of depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2007;(433):85-9.
25. Nuijten MJ. Assessment of clinical guidelines for continuation treatment in major depression. *Value Health*. 2001; 4(4):281-94.
26. Gelenberg AJ. A review of the current guidelines for depression treatment. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71(7):e15.
27. Finley PR. Selective serotonin reuptake inhibitors. Pharmacologic profiles and potential therapeutic distinctions. *Ann Pharmacother* 1994;28:1359–69.
28. Guze BH. Selective serotonin reuptake inhibitors. Assessment for formulary inclusion. *Pharmacoeconomics* 1996;9:430–42.
29. Hardman JG, Limbird LE, Gilman AG. Goodman & Gilman. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. 10° Ed. México. McGrawHill; 2005.
30. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*. 2013;34:119-38.

## 13. ANEXOS

### 13.1 Cronograma de actividades

| ACCIONES REALIZADAS                              | MAYO-AGOSTO 2014 | SEPTIEM-OCTUB 2014 | NOV 2014-ENERO-2015 | FEBRERO MAYO 2015 |
|--------------------------------------------------|------------------|--------------------|---------------------|-------------------|
| 1. Diseño del protocolo                          |                  |                    |                     |                   |
| 2. Búsqueda de la bibliografía                   |                  |                    |                     |                   |
| 3. Diseño de hoja de recolección                 |                  |                    |                     |                   |
| 4. Se somete a aprobación                        |                  |                    |                     |                   |
| 5. Desarrollo del protocolo                      |                  |                    |                     |                   |
| 6. Procesamiento de datos                        |                  |                    |                     |                   |
| 7. Terminación, revisión y presentación de tesis |                  |                    |                     |                   |

## 13.2 Cuestionario de Calidad de Vida, Disfrute y Satisfacción Version Corta (Q-LES-Q-SF)

FECHA: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: Marque solamente una respuesta para la pregunta colocando una cruz (x) en el cuadro numerado apropiado.

| Tomando todo en consideración, durante la semana pasada que tan satisfecho ha estado usted con su: | Muy poco | Poco | Regular | Satisfecho | Muy satisfecho |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------|---------|------------|----------------|
| 1. Salud física?                                                                                   | 1        | 2    | 3       | 4          | 5              |
| 2. Estado de ánimo?                                                                                | 1        | 2    | 3       | 4          | 5              |
| 3. Trabajo?                                                                                        | 1        | 2    | 3       | 4          | 5              |
| 4. Actividades del hogar?                                                                          | 1        | 2    | 3       | 4          | 5              |
| 5. Relaciones sociales?                                                                            | 1        | 2    | 3       | 4          | 5              |
| 6. Relaciones familiares?                                                                          | 1        | 2    | 3       | 4          | 5              |
| 7. Actividades de tiempo libre?                                                                    | 1        | 2    | 3       | 4          | 5              |
| 8. Capacidad para funcionar en la vida diaria?                                                     | 1        | 2    | 3       | 4          | 5              |
| 9. Deseo, interés y/o desempeño sexual?                                                            | 1        | 2    | 3       | 4          | 5              |
| 10. Situación económica?                                                                           | 1        | 2    | 3       | 4          | 5              |
| 11. Situación de vida /vivienda?                                                                   | 1        | 2    | 3       | 4          | 5              |
| 12. Capacidad para moverse físicamente sin sentirse mareado o inestable?                           | 1        | 2    | 3       | 4          | 5              |
| 13. Visión en cuanto a la capacidad de hacer trabajo o pasatiempos?                                | 1        | 2    | 3       | 4          | 5              |
| 14. Sensación general de bienestar?                                                                | 1        | 2    | 3       | 4          | 5              |
| 15. Medicación?<br>(si no toma ningún medicamento, marque aquí ____ y deje el cuadro en blanco.)   | 1        | 2    | 3       | 4          | 5              |
| ¿Cómo calificaría en general su satisfacción y alegría de vida durante la semana pasada?           | 1        | 2    | 3       | 4          | 5              |

### 13.3 Lista de Tablas

| <i>Número</i>  | <i>Nombre</i>                                                                                              | <i>Página</i> |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Tabla 1</b> | Fármacos utilizados para el tratamiento de los trastornos depresivos                                       | 13            |
| <b>Tabla 2</b> | Clasificación y definición de las variables del estudio                                                    | 22            |
| <b>Tabla 3</b> | Características demográficas de los pacientes (n=82)                                                       | 26            |
| <b>Tabla 4</b> | Toxicomanías de los pacientes (n=82)                                                                       | 27            |
| <b>Tabla 5</b> | Clases de fármacos que utilizaban los pacientes (n=82)                                                     | 28            |
| <b>Tabla 6</b> | Comorbilidades de los pacientes (n=82)                                                                     | 28            |
| <b>Tabla 7</b> | Confiabilidad de los ítems, con el índice alfa de Cronbach                                                 | 29            |
| <b>Tabla 8</b> | Valores de eigenvalue del análisis factorial exploratorio*–<br>Validez de concepto de la escala Q–LES–Q–SF | 30            |
| <b>Tabla 9</b> | Componentes de los factores psicológicos y sociales del Q–LES–SF                                           | 31            |

## 13.4 Lista de Figuras

| <i>Número</i>   | <i>Nombre</i>                                | <i>Página</i> |
|-----------------|----------------------------------------------|---------------|
| <b>Figura 1</b> | Diagnósticos de los pacientes..              | 27            |
| <b>Figura 2</b> | Gráfico de sedimentación de los eigenvalues. | 31            |

### 13.5 Abreviaturas, siglas y acrónimos

| <i><b>Forma<br/>abreviada</b></i> | <i><b>Significado</b></i>                                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| OMS                               | Organización Mundial de la Salud                                           |
| Q-LES-Q                           | Cuestionario de calidad de vida, disfrute y satisfacción                   |
| Q-LES-Q-SF                        | Cuestionario de calidad de vida, disfrute y satisfacción–<br>versión corta |
| STAR*D                            | Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression                     |
| EFA                               | Análisis factorial exploratorio                                            |
| CFA                               | Análisis factorial confirmatorio                                           |
| NET                               | Transportador de norepinefrina                                             |
| ISRS                              | Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina                     |
| SERT                              | Transportador de serotonina                                                |
| RMSEA                             | Error promedio de aproximación cuadrático                                  |
| CTI                               | Índice estándar de adaptabilidad                                           |
| IPEBC                             | Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California                     |
| MLE                               | Método de estimación de la probabilidad máxima                             |

