

# Calidad de vida y funcionalidad en la depresión

J.M. Benítez Moreno

Médico de Familia. PAMEM. Centro de Atención Primaria Villa Olímpica. Barcelona.

Funcionalidad y calidad de vida son dos conceptos estrechamente ligados al de salud en su más amplia acepción. Entendemos por *funcionalidad* la capacidad del individuo para llevar a cabo de una forma efectiva las actividades de la vida diaria. Dicho concepto –más allá de la mera ejecución de tareas simples– comprende aspectos relativos a la autonomía del sujeto, a su capacidad de relacionarse con los demás y con el entorno, a la posibilidad que tiene de realización personal mediante el pensamiento, la comunicación, la ejecución, la producción y el disfrute. Gran parte de dichos elementos se ven mermados con el paso del tiempo, el envejecimiento –sin ser una enfermedad, sino un proceso fisiológico– comporta una reducción paulatina de la funcionalidad, determinada también por el estilo de vida y las características del entorno<sup>1</sup>. A edades más tempranas, la funcionalidad puede verse comprometida por la aparición de la enfermedad.

El término *calidad de vida* aparece por primera vez en la década de los cincuenta (Ordway, 1953) y hay que diferenciarlo del concepto de *nivel de vida*, que hace referencia a aquellas condiciones de vida que pueden fácilmente ser traducidas en términos cuantitativos o económicos (renta *per cápita*, nivel educativo, condiciones de la vivienda, consumo de bienes, etc.), y que nos remite al concepto de *bienestar social*.

La calidad de vida es un proceso cambiante consistente en una interacción continua entre el sujeto y su entorno, es el resultado del desarrollo saludable de la persona y de la interacción armónica entre su estado físico y su estado mental (*funcionalidad*), la satisfacción de sus necesidades reales, su entorno familiar, social, laboral y el medio ambiente, que hace posible compaginar de forma equilibrada el ser y el tener, sin que el anhelo de posesión le empuje a objetivos inalcanzables o le exija un esfuerzo permanente

que consuma el tiempo y las energías del sujeto, es decir, que le signifique un deterioro de la calidad de vida.

Calidad de vida es un concepto ligado al grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida.

Podemos definir la calidad de vida como el bienestar, la felicidad y la satisfacción de una persona, que le otorga la suficiente autonomía (libertad de elección y de acción) como para poder calificar de positiva su vida<sup>2</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como “*aquella percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y la relación con los elementos esenciales del entorno del individuo*”.

El aumento de la esperanza de vida no se asocia necesariamente a una mejor calidad de ésta. Las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad y expectativa de vida) no son parámetros suficientes para evaluar la calidad de los dispositivos de salud, ya que no tienen en cuenta la percepción del paciente respecto a su situación. Se hace por ello necesario incorporar el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRs). Schumaker y Naughton (1996) la definen como la *percepción subjetiva*, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo<sup>3</sup>.

Evaluar la calidad de vida de un paciente significa conocer el impacto de una enfermedad y su tratamiento sobre la percepción que él tiene de su propio bienestar.

## MEDICIÓN DE LA FUNCIONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN LA DEPRESIÓN

Toda enfermedad tiene un coste psíquico y somático para el sujeto que la padece, y repercusiones para los miembros de su unidad convivencial, de manera que una de las pri-

Correspondencia: J.M. Benítez Moreno.  
CAP Vila Olímpica.  
C/ Joan Miró, 17.  
08005 Barcelona. España.  
Correo electrónico: jmbenitezmoreno@hotmail.com

**Tabla 1. Características generales de la enfermedad mental**

- Limitación o pérdida de libertad del sujeto (dificultad o incapacidad para pensar, concentrarse, decidir y obrar libremente)  
 Aparición de nuevas estructuras psíquicas diferentes a las consideradas saludables  
 Alteración del control de la realidad y de la interacción social  
 Serias dificultades en el control instintivo o pulsional

meras consecuencias de toda enfermedad es su efecto pernicioso sobre la calidad de vida.

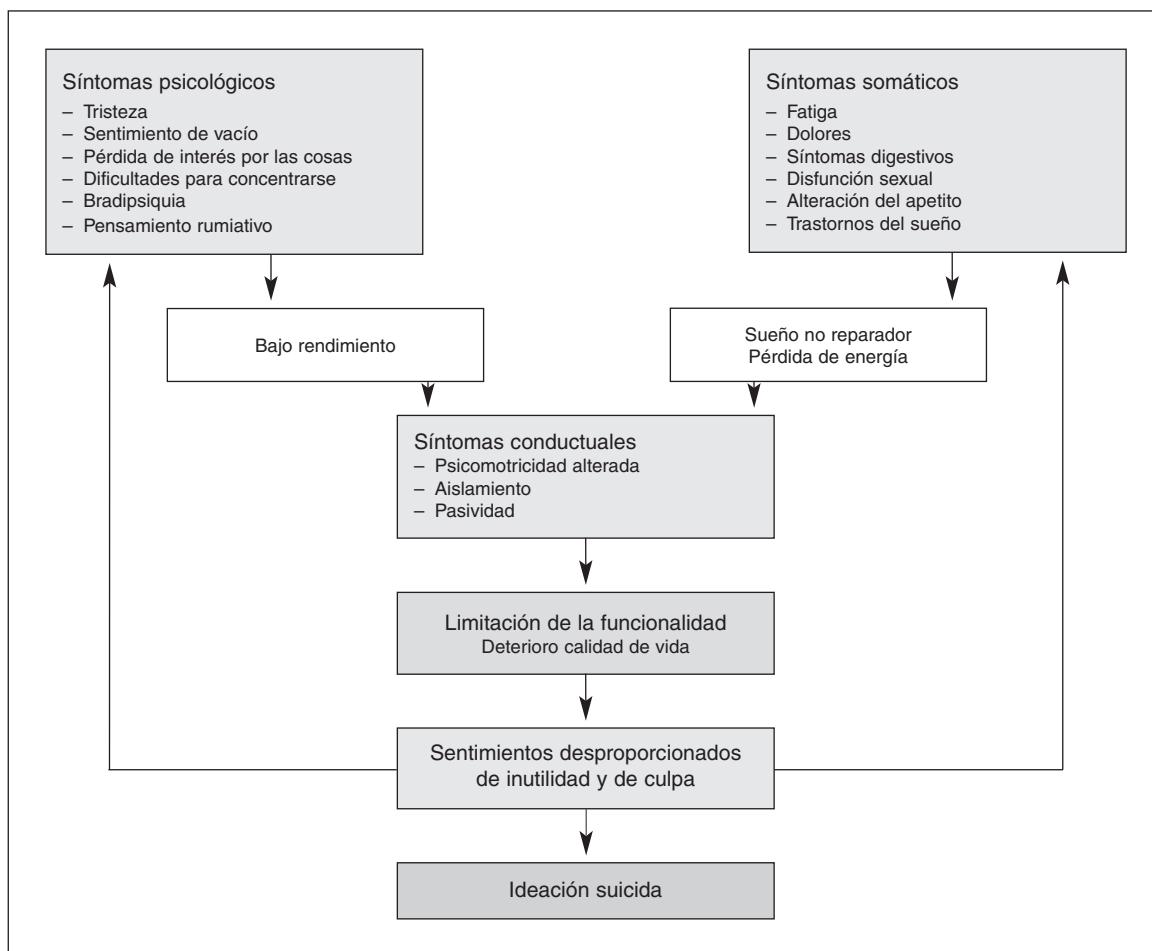
Tal efecto va a depender fundamentalmente de la naturaleza de la enfermedad, de su pronóstico, de las características personales del sujeto y del tipo de intervención y relación terapéutica que se establezca con el paciente y sus familiares.

Cuando nos referimos al ámbito de la salud mental, hemos de recordar, en primer lugar, la definición de trastorno mental como “*todo síndrome o patrón de comportamiento o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad*”<sup>4</sup>, por lo que en la misma definición de trastorno mental queda patente la afectación de la calidad de vi-

da, y algunas de las características generales de la enfermedad mental nos lo corroboran (tabla 1).

Los trastornos del estado de ánimo inciden de forma especial en la funcionalidad y en la calidad de vida de las personas y de sus familias, así entre los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor encontramos la condición de que “*los síntomas provoquen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo*”. Por lo que se puede afirmar que depresión y calidad de vida son expresiones antagónicas (fig. 1).

No conviene olvidar que un porcentaje no inferior al 20% de los pacientes con enfermedades médicas crónicas (diabetes, cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, etc.)

**Figura 1. Síntomas depresivos y deterioro de la calidad de vida.**

**Tabla 2. Puntos de consenso (WHOQOL, 1995)**

Las medidas de calidad de vida relacionada con la salud deben ser:

- Subjetivas: interesa la percepción de la persona objeto de estudio
- Multidimensionales: que exploren diferentes aspectos de la vida del individuo (físico, emocional, social, relacional, etc.)
- Inclusión de sentimientos positivos y negativos
- Diacrónicas: registro de la variabilidad en el tiempo

**Tabla 3. Dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud**

Dimensión de referencia

- ¿En relación a quién me comparo? Pautas culturales, sociales, familiares, individuales

Dimensión temporal

- ¿En relación a qué momento me comparo? Pasado remoto, pasado reciente, presente, futuro inmediato, futuro lejano

Dimensión de experiencia

- ¿En qué niveles experimento lo que percibo? Físico, psíquico, relacional, social, espiritual

desarrollará un trastorno depresivo mayor<sup>4</sup>, por lo que los médicos de Atención Primaria deberíamos estar muy atentos a la aparición de los primeros síntomas depresivos que, no en pocas ocasiones, se manifiestan en forma de dolor, empeoramiento de la actividad física, social y personal. Todo ello nos invita a la reflexión sobre la posible responsabilidad, en la aparición de algunas depresiones, del deterioro de la calidad de vida que provocan la mayoría de las enfermedades médicas crónicas que a diario atendemos en las consultas, ya que las limitaciones a las que conducen no dejan de ser vividas como una pérdida por parte del paciente, y uno de los elementos nucleares de la depresión es la vivencia de pérdida.

Es preciso conocer el impacto de la depresión sobre la funcionalidad del paciente con el fin de mejorar su calidad de vida.

En la década de los sesenta, Dickey y Wagenar propusieron un enfoque *informacional* que otorgase igual importancia a las observaciones que sobre la enfermedad hacían el equipo de salud, el enfermo y sus familiares, de manera que la evaluación del impacto de la enfermedad sobre la vida del paciente se sustentase en las observaciones aportadas por los tres elementos citados.

Son numerosos los instrumentos que pretenden medir el constructo de calidad de vida, si bien lo que miden son únicamente aspectos parciales de la capacidad funcional del sujeto. La OMS, a principios de los noventa, creó un grupo de trabajo para mejorar la definición de calidad de vida, del que resultó un nuevo instrumento, el WHO-QOL-100 para evaluar la CVRS.

Cuando se evalúa la CVRS de una persona, ésta debe encontrar respuesta a las dimensiones de referencia, temporales y de experiencia (tablas 2 y 3).

Los médicos estamos familiarizados con la utilización de herramientas que nos permiten confirmar nuestras sospechas diagnósticas y evaluar la progresión de los síntomas, así como el efecto del tratamiento sobre la sintomatología del paciente depresivo. En este sentido, resulta relativamente sencillo y cómodo el uso de escalas como la de Hamilton para la depresión, la escala de Zung, el in-

ventario de Beck para la depresión, la escala de depresión geriátrica de Yesavage, etc., con las que podemos obtener una información indirecta sobre la funcionalidad y calidad de vida del paciente deprimido. Nada nos dicen, sin embargo, dichas escalas de la vivencia que experimentan los familiares o el mismo paciente respecto a su enfermedad.

El conocimiento de las condiciones de vida de los pacientes depresivos nos resulta necesario para evaluar de forma integral los resultados terapéuticos, ya que la información sobre su nivel de integración personal y social nos permite conocer los recursos psicosociales necesarios para mejorar su situación existencial<sup>5</sup>. En dicha evaluación, hay que contar siempre con la información de los familiares, puesto que constituyen el pilar fundamental sobre el que se asienta el resultado de nuestras intervenciones y son un elemento altamente vulnerable –por la carga que representa el proceso de reestructuración y adaptación que han de recorrer– al que deberemos atender de forma especial (cuidar al cuidador).

Hace unos 25 años, Seva Díaz y sus colaboradores desarrollaron el Cuestionario psicosocial Zaragoza, en un intento de evaluación de un gran número de aspectos relativos a la calidad de vida de la población zaragozana. Posteriormente, el mismo equipo trabajó con la escala de bienestar general (EBEG) y de adaptación al estrés (1990, Seva Díaz y colaboradores), que explora el nivel de energía, la percepción o sensación de buena salud, el estado de ánimo, la situación de tensión-relajación del sujeto y su satisfacción en la vida durante el último año.

La escala de adaptación al estrés (Pearlin, 1978) es otra herramienta que se ha utilizado en nuestro medio para obtener información sobre el control de los sentimientos e impulsos, el mantenimiento del buen humor pese a las dificultades, la capacidad de control y de resolución de las dificultades, la necesidad de otra persona para resolver los problemas y la actitud del individuo frente a la ayuda de los demás. En definitiva, es una escala que mide, entre otras variables, el nivel de tolerancia a la frustración y la resistencia del sujeto ante la adversidad, concepto éste que nos aproxima al de *resiliencia*: capacidad del ser humano

**Tabla 4. Medidas de incapacidad funcional y menoscabo**

Medidas de incapacidad funcional y menoscabo:
– Índice de Katz
– Medida de independencia funcional
– Escala Plutchik de valoración geriátrica
– Índice de actividad de Duke
Medidas físicas y mentales:
– Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF-36
Medidas de bienestar psicológico y salud mental:
– Cuestionario de salud general
– Índice de bienestar psicológico
– <i>Hospital anxiety and depression scale</i>
– Cuestionario de incapacidad de Sheehan
– Inventario de experiencias de duelo
– Inventario Texas revisado de duelo
– Cuestionario de salud del paciente
– Escala de calidad de vida para depresión
– Cuestionario Sevilla de calidad de vida
Medidas de salud social:
– Cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNK
– Índice de ajuste psicosocial
– Cuestionario de función familiar Apgar-familiar
– Entrevista Manheim de apoyo social
Medidas de dolor:
– Escala o test de Madison de valoración de componentes psicógenos del dolor
– Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry
– Escala de dolor-función de la cadera
– Cuestionario de dolor cervical

para afrontar experiencias traumáticas e incluso extraer un beneficio de las mismas<sup>6</sup>.

Para evaluar la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos, Malm y colaboradores desarrollaron la *Quality of life checklist* (QOLC), de la que derivaron otras tres herramientas:

- El *Quality of life self-report* (QLS-100), cuestionario de calidad de vida.
- La *Social belonging scale* (SBS), escala de relaciones sociales que evalúa el nivel de contactos interpersonales en la vida del paciente.
- El *Standar of living interview* (SOL) o entrevista de estándar de vida.

Las tres escalas citadas son producto del trabajo en equipo de Skanze y Malm, y han sido traducidas al español y adaptadas por Seva Díaz y colaboradores<sup>5</sup>.

## INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

### Escala de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud

Es una escala heteroaplicada para la valoración clínica de las limitaciones presentadas por los enfermos psiquiátricos graves. Nos aporta información actual, del último mes, del último año o de cualquier período que el investigador determine, explorando las áreas específicas de funcionamiento: cuidado personal, funcionamiento ocupacional, funcionamiento en la familia y funcionamiento en el contexto social en general<sup>7</sup>.

### Escala de evaluación de la actividad global (EEAG) de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría

Es una escala heteroaplicada para evaluar el funcionamiento general de los pacientes psiquiátricos, aunque muestra ciertas limitaciones al mezclar síntomas con discapacidad, por lo que es más aconsejable utilizar la escala de discapacidad de la OMS.

### Inventario de discapacidad de Sheehan (SDI)

Escala que puede ser heteroaplicada o autoaplicada, que explora la discapacidad (grado en que los síntomas interfieren en el trabajo, las relaciones familiares y sociales del paciente), estrés percibido (grado en que los acontecimientos estresantes le han dificultado la vida desde la última visita) y apoyo social percibido (porcentaje de apoyo que el paciente ha obtenido respecto al que necesitaba la última semana).

### Escala autoaplicada de adaptación social (SASS)

Evaluá la conducta y el ajuste social de los pacientes con depresión en el momento actual, a partir de la exploración de diferentes áreas de la vida del paciente (trabajo, familia, ocio, relaciones sociales, motivaciones e intereses). Los puntos de corte asignan tres categorías: desadaptación social, normalidad y superadaptación patológica.

Disponemos asimismo de un conjunto de escalas que miden diferentes aspectos de la funcionalidad, pero que fueron diseñadas inicialmente para la evaluación en casos de demencia, como es la escala de Lawton y Brody (de actividad instrumental de la vida diaria), el índice de Barthel (de actividad básica de la vida diaria) o el índice de Katz (tabla 4).

## INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

### Cuestionario SF-36 sobre el estado de salud (short-form-36)

Escala autoaplicada para medir el nivel de calidad de vida relacionada con la salud (física y mental). Evalúa 8 escalas: funcionamiento físico, rol físico, dolor, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental. La escala de salud mental consta de 5 ítems que intentan evaluar el estado de ánimo del paciente (inquietud, intranquilidad, desánimo) durante el último mes. No existen puntos de corte, a mayor puntuación, mejor calidad de vida<sup>7-9</sup>.

El SF-36 es el cuestionario más usado en la bibliografía internacional como instrumento de medida de la CVRS. Estudios realizados en nuestro país revelan que la puntuación media disminuye en todas las escalas a medida que aumenta la edad, excepto en la escala de salud mental<sup>9</sup>.

### Instrumento de evaluación de calidad de vida de la OMS (World Health Organization quality of life [WHOQOL-100])

Como se ha apuntado más arriba, este instrumento fue diseñado por un grupo de trabajo de la OMS exclusivamente para evaluar la calidad de vida. Es un cuestionario

<b>Tabla 5. Áreas de evaluación del instrumento de evaluación de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-100)</b>	
Dominio físico (3 facetas):	
– Dolor y molestias	
– Energía y fatiga	
– Sueño y descanso	
Dominio psicológico (5 facetas):	
– Sentimientos positivos	
– Pensamiento/aprendizaje/memoria/concentración	
– Autoestima	
– Imagen corporal y apariencia	
– Sentimientos negativos	
Dominio de nivel de independencia (4 facetas):	
– Movilidad	
– Actividades cotidianas	
– Dependencia de medicación o tratamiento	
– Capacidad de trabajo	
Dominio de relaciones sociales (3 facetas):	
– Relaciones personales	
– Soporte social	
– Actividad sexual	
Dominio de entorno (8 facetas):	
– Seguridad física y protección	
– Hogar	
– Recursos económicos	
– Cuidados de salud y sociales: disponibilidad/calidad	
– Oportunidades para adquirir información/habilidades	
– Participación y oportunidades para recreo/ocio	
– Entorno físico	
– Transporte	
Dominio espiritualidad/religión/creencias personales (1 faceta)	

autoaplicado que explora la percepción que las personas tienen sobre su situación en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en el que viven, teniendo en cuenta también sus objetivos, expectativas e intereses, a partir de la valoración del sujeto sobre diversos aspectos de su vida (tabla 5).

Posteriormente la OMS ha desarrollado una versión abreviada, el WHOQOL-BREF que comprende 26 ítems, mediante los cuales proporciona información sobre 4 de las 6 dimensiones del WHOQOL-100: física, psicológica, relaciones sociales y entorno.

#### **Cuestionario de salud EuroQOL-5D (EQ-5D)**

Escala autoaplicada de la que se dispone de una versión en nuestro idioma, que evalúa las dimensiones movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión, y se complementa con una escala visual analógica representada por una línea vertical de 20 cm de longitud, graduada del 0 al 100, en la que el paciente debe señalar el punto que mejor represente su estado de salud global el día de la prueba.

#### **Cuestionario sobre calidad de vida: satisfacción y placer (Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire [Q-LES-Q])**

Escala autoaplicada que pretende medir la satisfacción y el placer del paciente con su vida cotidiana durante la última semana, a partir de la exploración de diferentes ítems (salud física, estado anímico, trabajo, situación familiar, actividades de tiempo libre, etc.).

#### **Escala de calidad de vida (Quality of life scale [QLS])**

Inicialmente fue diseñada para medir la interferencia de la esquizofrenia en la calidad de vida del paciente, aunque su uso se ha generalizado a otro tipo de pacientes. Es un instrumento que explora funciones intrapsíquicas, relaciones interpersonales, función instrumental (trabajo, estudio, obligaciones) y el nivel de autonomía en el uso de objetos comunes y tareas cotidianas, todo ello durante las 4 semanas anteriores. Es una escala heteroaplicada que exige formación por parte del entrevistador al requerirse para su realización una entrevista semiestructurada.

#### **Cuestionario Sevilla de calidad de vida (CSCV)**

También es una herramienta diseñada para la evaluación de la percepción de su calidad de vida por parte del paciente esquizofrénico en el momento actual, a partir de una escala autoaplicada.

#### **Escala de calidad de vida para la depresión (Quality of life depression scale [QLDS])**

Es una escala que persigue evaluar cómo la enfermedad y su tratamiento determinan la calidad de vida del paciente deprimido. Elaborada en forma de 34 ítems de respuesta dicotómica (sí/no) es útil para sondar la percepción subjetiva de la enfermedad en el momento actual. No existen puntos de corte, a mayor puntuación, peor calidad de vida. Existe una versión adaptada para la población española.

#### **Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit**

Si bien se trata de un instrumento ideado para evaluar la sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia, puede ser de utilidad para aquellos familiares de pacientes con depresión mayor, con la finalidad de conocer el grado de afectación que sufren como consecuencia del cuidado que prestan. Esta escala, autoaplicada, evalúa aspectos de la salud física, la salud psíquica, las actividades sociales y los recursos económicos del cuidador.

#### **Cuestionario APGAR de Smilkstein (APGAR familiar)**

Resulta de gran interés para conocer el grado de atención a la salud en el núcleo familiar, así como la forma en que repercute la enfermedad de uno de sus miembros en el resto de la familia, al evaluar cinco componentes básicos de la función familiar (APGAR corresponde al acrónimo en inglés de estos cinco parámetros) (tabla 6).

### **¿CÓMO MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DEPRIMIDOS?**

Las claves para mejorar la calidad de vida del paciente deprimido radican en un diagnóstico lo más precoz posible, con la pronta instauración de un tratamiento adecuado y a unas dosis terapéuticas ajustadas, puesto que el objetivo prioritario será alcanzar lo antes posible la remisión de los síntomas y la recuperación completa del estado anímico, que es la forma más adecuada de mejorar la calidad de vida del paciente y de las personas que con él conviven.

**Tabla 6. Parámetros evaluados por el test de Apgar familiar**

*Adaptability:* adaptabilidad o capacidad de utilización de los recursos intra y extrafamiliares para resolver problemas en situaciones conflictivas o de crisis

*Partnership:* participación de los miembros de la familia en las decisiones, en el reparto de tareas, de qué manera se afrontan los problemas y qué comunicación establecen para su resolución

*Growth:* grado de crecimiento y maduración para resolver las etapas del ciclo vital familiar, permitiendo la individualización, la vida social y la separación de los miembros de la familia

*Affection:* afecto, cariño entre los miembros de la familia y la exteriorización de las emociones (positivas o no) entre ellos

*Resolve:* resolución, tiempo compartido entre los miembros, dedicación de recursos para apoyarse unos a otros

El diagnóstico precoz tiene una de sus claves en el hecho de que con cierta frecuencia la depresión se presenta en forma de síntomas somáticos (artromialgias, dispepsia, cefaleas, sensación de mareo, disfunciones sexuales, síntomas genitourinarios, etc.) o síntomas inespecíficos (insomnio, distractibilidad, astenia); para ello es de suma importancia tener una formación básica en psicopatología que nos permita detectar los factores de riesgo de depresión y los signos de alarma.

Una entrevista clínica cuidadosa, semiestructurada, donde mostremos un interés por el paciente en su globalidad y sepamos transmitir una actitud empática, es el mejor instrumento para alcanzar cualquier diagnóstico sobre patología mental, al tiempo que suele ejercer un efecto beneficioso sobre el paciente deprimido y repercute positivamente en el grado de confianza que éste y sus familiares depositarán en nosotros.

El seguimiento del paciente y de sus familiares a partir de visitas periódicas favorecerá la adherencia al tratamiento y nos facilitará la identificación de efectos adversos de la medicación.

Muchas personas que sufren depresión viven el inicio de la enfermedad de forma solitaria y tienen serias dificultades para identificar y comunicar qué les está ocurriendo, por lo que no es infrecuente que entre el paciente y los familiares se creen situaciones tensas motivadas por esas dificultades en la identificación del problema<sup>10</sup>, de manera que cuando consultan al médico ya está arraigado el sufrimiento en el paciente y sus familiares.

Un elemento fundamental en la mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes deprimidos (y en la restitución de su salud) es la información. Debemos informar en términos asequibles a nuestros interlocutores sobre la enfermedad, sobre las posibilidades terapéuticas, sobre los efectos esperables de la medicación, todo ello de una forma veraz, sin despertar nunca falsas expectativas. La familia, que a menudo se siente desorientada, agradecerá profundamente este tipo de actuaciones y habremos conseguido su alianza en el proceso terapéutico.

Hay experiencias que refieren beneficios de la visita domiciliaria por parte del equipo de salud (médico, enfermera, trabajadora social), porque la observación del paciente en su contexto familiar aporta información que no puede obtenerse en el marco de la consulta del centro de salud, ayudando a comprender *in situ* la dinámica de interacción entre los miembros de la unidad de convivencia<sup>10</sup> y su realidad social, que tan importante papel de-

sempeña en la génesis y resolución de las enfermedades. Abogamos porque –cuando sea posible– algunos de los contactos con el paciente deprimido tengan lugar en su domicilio, con lo que puede mejorar la relación entre el profesional, el paciente y su familia. En este sentido, es justo reconocer que no estamos descubriendo nada nuevo que no hayan hecho ya en décadas pasadas los abnegados médicos rurales.

Si conocemos el grado de funcionalidad del paciente antes de caer en su trastorno depresivo podremos evaluar la cuantía de la pérdida en el momento presente, lo cual nos puede orientar sobre la verdadera gravedad de la enfermedad y su evolución. De cara a conocer la calidad de vida del paciente, interesa saber cuáles son sus expectativas y a qué patrones se compara.

Un componente a tener en cuenta al valorar la calidad de vida del paciente es preguntarle sobre los efectos que subjetivamente considera positivos y los que considera negativos del tratamiento farmacológico que sigue. Así, no debemos obviar nuestro interés por cuestiones que pueden verse alteradas como consecuencia de la depresión o por el tratamiento: apetito, sueño, ritmo deposicional, deseo y respuesta sexual, peso corporal, etc. Conviene tener registrado (aunque sea en forma de escalas visuales analógicas) la percepción del enfermo sobre estas cuestiones, para disponer de elementos objetivos a la hora de evaluar la eficacia del tratamiento.

Una cuestión que no debe olvidar quien atienda a un paciente deprimido es abordar de forma directa la posibilidad del suicidio, ¿qué otro elemento más contundente puede haber para evaluar la calidad de vida que el deseo de morir? En no pocas ocasiones los pacientes agradecen que se hable de ello y –cuando se facilita que verbalicen sus pensamientos al respecto– pueden llegar a sentir un gran alivio (tabla 7).

El éxito del tratamiento de un paciente deprimido va a depender de muchos factores, la mayoría de los cuales están ligados a la forma en que actúa el médico. Uno de los elementos que pueden conducir al fracaso es caer en la inercia clínica, es decir, la reticencia de un médico en el momento de iniciar o intensificar un tratamiento, derivar al especialista, etc., pese a estar indicado. El médico reconoce la existencia de un problema en el manejo del paciente con depresión, pero no adopta medidas de cambio para solucionarlo.

Más allá de los cuestionarios, que tienen su indudable utilidad, lo que nos interesa saber del paciente deprimido

**Tabla 7. Estrategias de mejora de la calidad de vida del paciente deprimido**

- Entrevista clínica productiva
- Identificación de estresores y de otros factores de riesgo
- Diagnóstico precoz de la depresión
- Instauración temprana del tratamiento
- Información al enfermo y familiares sobre la enfermedad, el tratamiento y los recursos sociosanitarios disponibles
- Incluir alguna visita domiciliaria en el proceso terapéutico
- Evaluar objetivamente el grado de funcionalidad del paciente
- Evaluar el riesgo de suicidio
- Fortalecer la adherencia terapéutica
- Evitar la inercia terapéutica
- Enfoque multidisciplinar (médico, enfermera, trabajadora social)

y de las personas que con él conviven respecto a la calidad de sus vidas básicamente es:

– Del paciente: estado de ánimo, capacidad de comunicación, actividades en las que ahora se ve limitado, síntomas físicos y su intensidad, si tiene o no un proyecto de futuro (o si alberga ideas de muerte), efectos y actitudes frente a la medicación.

– De los familiares: qué tanto de carga está significando la enfermedad para ellos, qué modificaciones en su forma y estilo de vida se han visto obligados a tomar, cuáles son sus necesidades, cuál es su estado de salud (biopsicosocial).

El conocimiento que podemos tener los médicos de familia del paciente, de su entorno y de su biografía, nos facilita calibrar en cada caso la vulnerabilidad y la resiliencia de cada uno de los consultantes a los que asistimos a diario. Tal información, imprescindible para conocer la funcionalidad y la calidad de vida del paciente, se obtiene a partir de unas entrevistas clínicas bien elaboradas y que deberemos funda-

mentar en nuestra aptitud (conocimientos sobre psicopatología y terapéutica) y en nuestra actitud: escucha activa, empatía, ecpatía y asertividad. Difícilmente encontraremos un cuestionario o escala que pueda superar la precisa y rica información que se obtiene de una buena entrevista clínica, en la que el manejo adecuado de los elementos básicos de la comunicación cumplen su misión informativa a la vez que ejercen un indudable efecto terapéutico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Martín ML, Moreiras O, Carbajal A. Funcionalidad psicosocial en un grupo de ancianos españoles. *Rev Mult Gerontol.* 2001;11(1):8-11.
2. Vallejo-Nagera JA. Guía práctica de psicología. Madrid: Temas de hoy; 1991.
3. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc Enferm.* 2003;9(2):9-21.
4. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR. Barcelona: Masson SA; 2002.
5. Seva Díaz A. Medición de la calidad en psiquiatría. En: Bulbena A, Berrios GE, Fernández de Larrinoa PF, editores. *Medición clínica en psiquiatría y psicología.* Barcelona: Masson SA; 2000. p. 89-105.
6. Vera Poseck B, Carbelo Baquero B, Vecina Jiménez ML. La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo.* Universidad Complutense. 2006;1(27).
7. Bobes J, Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2.ª ed. Barcelona: Ars Médica; 2002.
8. Sierra P, Livianos L, Rojo L. Quality of life for patients with bipolar disorder: relationship with clinical and demographic variables. *Bipolar Disorders.* 2005;7(2):159-65.
9. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Alonso J, López-García E, Graciani A, Gutiérrez-Ficas JL. Valores de referencia de la versión española del cuestionario de salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Med Clin.* 2003;120(15):568-73.
10. Pezo Silva MC, Costa Stefanelli M, Komura H, Luiza A. En busca de solución para el sufrimiento: vivencias de familiares en el proceso de enfrentamiento de la depresión. *Cienc Enferm.* 2004;10(2):31-41.