

Celso Iglesias-García^{1,2}
Rita Prieto³

Calidad de vida en mujeres deprimidas mayores de 40 años

¹Hospital Valle del Nalón
Langreo. Asturias
²Fundación Benito J. Feijoo

³Departamento Médico EuCan
Pfizer S.L.U.
Madrid. España

Introducción. El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en una muestra amplia de mujeres deprimidas, mayores de 40 años, que recibían atención psiquiátrica ambulatoria en España. Secundariamente se estudió la influencia de las características clínicas y sociodemográficas en la calidad de vida de las pacientes.

Material y métodos. Estudio descriptivo, transversal, realizado en el año 2008. Participaron 365 psiquiatras de centros de atención psiquiátrica ambulatoria de todo el territorio español. Se incluyeron 1.069 mujeres mayores de 40 años diagnosticadas de depresión según el juicio del investigador utilizando criterios DSM-IV. La intensidad de la sintomatología depresiva se evaluó mediante la escala de Hamilton de la depresión de 17 ítems (HAM-D₁₇). Para evaluar la satisfacción y el disfrute del paciente con su vida cotidiana se administró la escala Q-LES-Q.

Resultados. Se incluyeron en el análisis 942 pacientes cuyas características más relevantes fueron: edad media de 52,46 años; comorbilidad médica en el 62,9% y antecedentes de trastornos psiquiátricos en el 79,6%. La puntuación media en la escala de Hamilton Depresión (HAM-D₁₇) fue de 21,39 puntos. En la el cuestionario Q-LES-Q: el grado de satisfacción global fue de 35,2%; la puntuación más alta se obtuvo en el área de satisfacción con la medicación y la más baja en actividades de tiempo libre. La intensidad de los síntomas depresivos y la presencia de comorbilidad física influyeron en la calidad de vida.

Conclusión. La calidad de vida en mujeres mayores de 40 años tratadas ambulatoriamente por un trastorno depresivo mayor se encuentra reducida. Esta disminución se ve influida principalmente por: la intensidad de los síntomas depresivos y la presencia de enfermedad física.

Palabras clave: Epidemiología, Calidad de vida, Trastornos depresivos y género

Actas Esp Psiquiatr 2012;40(4):221-7

Quality of life in depressed women older than 40 years old

Objectives: This study aims to determine quality of life and satisfaction in depressed Spanish women over 40 years old in the outpatient psychiatry setting. Secondly, the association between several characteristics of depressed patients and quality of life was assessed.

Material and Methods: Cross-sectional, descriptive study, carried out in the Spanish psychiatry setting in 2008. A total of 365 Spanish psychiatrists participated. 1069 patients older than 18 years old signed the informed consent. Depressive symptoms were assessed using the 17 Item Hamilton for Depression Rating Scale (HAM-D₁₇). The Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q) scale assessed the patient's satisfaction and life enjoyment.

Results: Were included a total of 942 patients with the following characteristics: mean age of 52.46 years, medical comorbidity in 62.9%, and a history of psychiatric disorders in 79.6%. HAM-D₁₇ mean score of 21.39. According to the Q-LES-Q questionnaire, Global satisfaction mean score was of 35.2%, the highest mean scores were achieved in the treatment satisfaction and the lowest mean scores in free time activities. The quality of life was influenced by the intensity of depressive symptoms and physical comorbidity.

Conclusion: The study results show an impairment of quality of life in depressed women attending outpatient psychiatric centers. This decrease in the quality of life is associated with depressive symptoms and medical comorbidity.

Key words: Epidemiology, Quality of life, Depressive disorders and gender

Correspondencia:
Celso Iglesias-García
Centro de Salud mental de Langreo.
C/ Jove y Canella 1. Langreo. Asturias España
Tfno: 985673931
FAX: 985697100
Correo electrónico: icelso@yahoo.es.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos depresivos presentan diferencias de género en su distribución y en su presentación clínica: se sabe que la prevalencia de depresión es dos veces mayor en mujeres adultas que en varones adultos¹⁻³; y las mujeres pueden mostrar rasgos clínicos diferentes, con un inicio a edad más joven del primer episodio depresivo, más retardo psicomotor, más síntomas somatomorfos, más síntomas atípicos y más ansiedad comórbida⁴⁻⁷. Aunque de forma menos concluyente, también se han encontrado diferencias de género en la respuesta a tratamientos farmacológicos⁸ y en el pronóstico, ya que las mujeres sufren mayor deterioro funcional que los hombres⁵. Algunos factores que podrían justificar estas disparidades son: las diferentes experiencias adversas en la infancia, los trastornos de ansiedad y la depresión en la infancia y la adolescencia, los roles socio-culturales, atributos psicológicos relacionados con la vulnerabilidad a los acontecimientos adversos y con las habilidades de afrontamiento, y los efectos de los esteroides sexuales^{9, 10}. Entre las mujeres, la depresión tampoco presenta una distribución homogénea. Las tasas de morbilidad del trastorno depresivo varían con la edad¹¹; y los distintos estados reproductivos podrían modificar la respuesta a los psicofármacos¹²⁻¹⁴.

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la percepción que una persona o grupo tiene de su salud física o mental a lo largo del tiempo. La depresión produce un deterioro en la calidad de vida relacionada con la salud^{15, 16}, igual¹⁷ o mayor¹⁶ que el producido por otros trastornos crónicos. Estudios realizados en algunas enfermedades físicas crónicas^{18, 19} y enfermedades mentales como la esquizofrenia^{20, 21}, muestran que el impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud es diferente en mujeres y hombres. Entre los pacientes que padecen trastornos depresivos, las mujeres tienen un nivel de calidad de vida menor que los controles masculinos y se quejan más de los acontecimientos vitales estresantes²², probablemente debido al mayor impacto de la depresión sobre áreas específicamente asociadas al rol femenino (madre, esposa, ocio)²³.

Los datos existentes permiten hipotetizar que las mujeres, en diferentes etapas a lo largo de la vida, tienen particularidades que las hacen especialmente vulnerables a los trastornos depresivos; sin embargo, hasta ahora, los estudios sobre el tema se han centrado mayoritariamente en poblaciones de adultos jóvenes²⁴.

El objetivo de este trabajo fue determinar la calidad de vida relacionada con la salud de una muestra de mujeres españolas, mayores de 40 años, diagnosticadas de depresión y atendidas en una consulta ambulatoria de psiquiatría. Como objetivos secundarios se plantearon: determinar la influencia de las características clínicas y socio-demográficas en la calidad de vida de las pacientes.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo transversal, que incluye una muestra de: mujeres mayores de 40 años, diagnosticadas de Trastorno Depresivo Mayor según el juicio clínico de los investigadores utilizando criterios DSM-IV y tratadas por un psiquiatra ambulatoriamente.

Población

Participaron en el estudio 365 psiquiatras, aleatoriamente seleccionados, que trabajaban en consultas ambulatorias, tanto del sector público como del privado. Cada uno de ellos incluyó las 3 primeras pacientes que acudieron a su consulta de forma consecutiva a partir de la fecha de inicio del estudio y que cumplieran los criterios de inclusión: diagnóstico de trastorno depresivo mayor y estabilidad sintomatológica en los últimos 3 meses. El estudio tuvo lugar durante el segundo cuatrimestre de 2008. El número total de mujeres entrevistadas fue de 1069. Se contemplaron los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki y enmiendas posteriores, normas de Buena Práctica Clínica (BPC) y otras normas internacionales aplicables. Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes de forma previa a su inclusión en el estudio, garantizándose la confidencialidad de los datos. El protocolo del estudio fue aprobado por un Comité Ético de Investigación Clínica.

Medidas de evaluación

Cada investigador participante en el estudio recibió instrucciones generales para la realización de la investigación. La recogida de datos fue realizada en una sola visita, obteniendo los datos de la historia clínica y de la información aportada por las pacientes. Los datos recogidos fueron:

- Datos socio-demográficos: edad, estado civil, situación laboral, nivel educativo.
- Datos clínicos: comorbilidad con enfermedades somáticas y tratamientos recibidos para estos procesos en el momento de la inclusión en el estudio.
- Antecedentes de trastornos mentales y tratamientos psiquiátricos recibidos en el momento de la inclusión en el estudio.
- Intensidad de los síntomas depresivos, evaluada mediante la administración de la Escala de Hamilton para la Depresión de 17 ítems (Ham-D₁₇) y calidad de vida relacionada con la salud medida con la escala "Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire" (Q-LES-Q).

El Q-LES-Q es una escala auto-administrada diseñada para medir la satisfacción y el disfrute del paciente con su vida cotidiana²⁵. En su versión original consta de 93 ítems,

91 de los cuales exploran la satisfacción y el placer experimentado en 8 áreas: estado de salud física/actividades (13 ítems), estado de ánimo (14 ítems), trabajo (13 ítems), actividades del hogar (10 ítems), actividades escolares (10 ítems), tiempo libre (6 ítems), relaciones sociales (11 ítems), actividades generales (14 ítems). Los dos ítems restantes miden la satisfacción con la medicación y la satisfacción global. Para contestar cada ítem, el paciente dispone de una escala tipo Likert de cinco valores que van desde el 1 (nunca) al 5 (muy a menudo o siempre). La sub-escala de actividades generales es utilizada, en ocasiones, como una forma corta del cuestionario. Puntuaciones altas en el Q-LES-Q indican una mayor satisfacción. La puntuación de cada área (puntuación directa) se obtiene sumando la puntuación de cada uno de los ítems que la componen, y puede ser transformada y expresada en porcentaje respecto a la máxima puntuación posible que un sujeto puede obtener.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables, presentando las frecuencias absolutas y relativas en caso de variables cualitativas. Las variables cuantitativas se han estudiado mediante la media, desviación estándar e intervalos de confianza si siguen una distribución normal, o bien a través de la mediana, mínimo, máximo y rango intercuartílico si no siguen la distribución Gaussiana.

Para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas, entre variables independientes se utilizó el test T-Student si se cumplen los supuestos paramétrico o test U de Mann-Whitney si no se cumplen dichos supuestos, en variables cuantitativas. Se utilizó el test Chi-Cuadrado de Pearson y test razón de verosimilitud, en el caso de variables cualitativas.

Para tratar de identificar los factores asociados a la calidad de vida de las pacientes, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para cada sub-escala, considerando como variables dependientes la puntuación de la sub-escala correspondiente del Q-LES-Q y como variables explicativas: la edad, la situación laboral (activa/no activa), el estado civil, la presencia de comorbilidad médica (sí/no), los antecedentes de patología psiquiátrica (sí/no) y la puntuación total Ham-D₁₇. Las estimaciones se realizaron con un nivel de confianza del 95% y para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS V17.0.

RESULTADOS

Se entrevistaron un total de 1069 mujeres de las que resultaron elegibles 942 (127 fueron excluidas del análisis por no cumplir alguno de los criterios de inclusión). Las características socio-demográficas basales de las pacientes se

Tabla 1		Características sociodemográficas de la muestra
Características del paciente	Número de pacientes (N=942)	
Edad	52,46 (DE=8,86)	
Estado Civil		
Casada	613 (65,1%)	
Soltera, viuda, separada	329 (34,9%)	
Situación laboral		
Trabajo por cuenta ajena	228 (25,4%)	
Trabajo por cuenta propia	65 (7,3%)	
Ama de casa	283 (31,6%)	
Paro	30 (3,3%)	
Pensionista	172 (19,2%)	
Incapacidad Transitoria	95 (10,6%)	
IT por enfermedad mental	9 (1%)	
Otras	60 (6,3%)	
Nivel educativo		
Educación primaria	418 (46%)	
Educación secundaria	223 (24,5%)	
Estudios universitarios	148 (16,3%)	
Formación profesional	76 (8,4%)	
Sin estudios	44 (4,8%)	

muestran en la Tabla 1. Las características médicas y psiquiátricas pueden verse en la Tabla 2, y los tratamientos psicofarmacológicos que tomaban las pacientes en el momento de la inclusión en la Tabla 3. La edad media de la muestra fue de 52 años y las características más frecuentes fueron: estar casada, trabajar por cuenta ajena o ser ama de casa y tener estudios primarios.

En lo referente a la situación de salud, la mayoría presentaba comorbilidad médica (fundamentalmente trastornos musculoesqueléticos) y recibía tratamiento farmacológico para sus problemas físicos (sobre todo analgésicos y antiinflamatorios). La mayoría tenía antecedentes de patología psiquiátrica, sobre todo trastornos del estado de ánimo y prácticamente todas tomaban antidepresivos. La puntuación media en la escala de Hamilton para la Depresión fue de 21,39 puntos, con un IC95% = [21,02-21,75].

En la Figura 1 se muestran las puntuaciones obtenidas en el Q-LES-Q. La puntuación más alta se obtuvo en el área de satisfacción con la medicación y la más baja en las actividades de tiempo libre. Debido a las características etarias de la muestra, no se valoró la sub-escala de actividades escolares.

Tabla 2		Características clínicas de los pacientes	
		Número de pacientes (%)	
Comorbilidad médica	Sí	589 (62,9%)	
	No	347 (37,1%)	
Condiciones médicas actuales		N= 589	
Enfermedades del SNC		56 (9,5%)	
Enfermedades Musculoesqueléticas		332 (56,5%)	
Enfermedades de Órganos de los sentidos		75 (12,8%)	
Enfermedades Dermatológicas		47 (7,9%)	
Enfermedades del Aparato respiratorio		46 (7,8%)	
Enfermedad Cardiovascular		172 (29,3%)	
Enfermedad del Aparato digestivo		122 (20,7%)	
Enfermedad del Aparato genitourinario		72 (12,2%)	
Otros		126 (21,4%)	
Tratamientos médicos actuales	Sí	586 (62,8%)	
	No	374 (37,2%)	
Agentes terapéuticos			
Analgésicos		325 (55,5%)	
Antiinflamatorios		275 (46,9%)	
Anticoagulantes		21 (3,6%)	
Antihipertensivos		181 (30,9%)	
Hipolipemiantes		100 (17,1%)	
Antidiabéticos		48 (8,2%)	
Anovulatorio		19 (3,2%)	
Otros		186 (31,7%)	

Los análisis de regresión lineal realizados con el objetivo de identificar características de las pacientes con influencia sobre la calidad de vida (escala global y sub-escalas) dieron los siguientes resultados: la sub-escala "estado de salud física/actividades" se vio influida negativamente por: la puntuación total en la Ham-D₁₇ ($\beta=-1,214$; $p<0,0001$), y por la presencia de enfermedades médicas ($\beta=-2,906$, $p<0,001$). En el caso de la sub-escala "actividades generales", se encontró que el único factor asociado, también de forma negativa, fue la puntuación total de la Ham-D₁₇ ($\beta=-1,381$; $p<0,0001$).

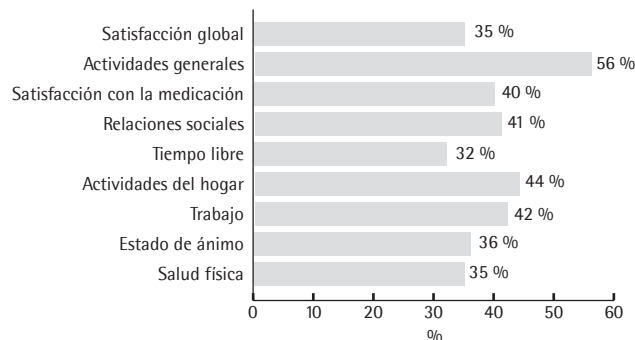


Figura 1

Puntuaciones de la escala O-LES-Q

DISCUSIÓN

El presente estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, la muestra no puede ser considerada representativa de la población que estudia, pero la amplitud de la misma hace que pueda considerarse útil para los objetivos marcados. La escala utilizada para la valoración de la calidad de vida tiene: por una parte debilidades generales derivadas de su naturaleza subjetiva, que la hacen vulnerable a valoraciones pesimistas, en particular en personas con trastornos afectivos²⁶; y, por otra, limitaciones específicas relacionadas con las características de la muestra, ya que la sub-escala de actividades escolares no es aplicable a esta población y tampoco lo es la sub-escala de actividad laboral para los 2/3 de la muestra que no trabajaban. La variable que recoge los síntomas físicos, también tiene una validez limitada debido que se basa, exclusivamente, en la información aportada por las pacientes. Hay que considerar también la posibilidad de sesgo derivado del diferente tratamiento de las variables, ya que mientras que la intensidad de la sintomatología depresiva fue tratada como una variable continua (puntuación de la escala Ham-D₁₇), la enfermedad física se consideró una variable dicotómica (presencia/ausencia de cualquier proceso físico).

El criterio de edad utilizado para la selección de la muestra hace que la edad promedio sea 12 años superior a la de la población de estudios sin condicionantes de edad⁶ y, también, que aparezcan características asociadas a la edad, como: una mayor proporción de mujeres casadas y una menor proporción de mujeres en situación laboral activa.

Trabajos previos ya habían puesto de manifiesto la asociación entre depresión y comorbilidad física^{16, 27, 28}, con una prevalencia de comorbilidad que varía en función de las características de la población: entre el 31% en pacientes de atención primaria diagnosticados de depresión mayor o distimia²⁹, y el 55% en pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno depresivo mayor³⁰. Nuestra muestra presenta

Tabla 3		Morbilidad psiquiátrica y tratamiento con psicofármacos de las pacientes	Número de pacientes (%)
Antecedentes psiquiátricos personales	Sí		745 (79,7%)
	No		190 (20,3%)
Trastorno del estado del ánimo			655 (87,9%)
Trastorno de ansiedad			330 (44,3%)
Trastornos somatomorfos			33 (4,4%)
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos			4 (0,5%)
Trastornos de la conducta alimentaria			28 (3,8%)
Trastornos relacionados con sustancias			29 (3,9%)
Trastornos adaptativos			115 (15,4%)
Trastornos de personalidad			72 (9,7%)
Otros			19 (2,6%)
Tratamientos psiquiátricos actuales	Sí		920 (97,8%)
	No		21 (2,2%)
Agentes terapéuticos actuales			
Antidepresivos			899 (97,7%)
Benzodiazepinas			770 (83,7%)
Neurolepticos			82 (8,9%)
Eutimizantes			147 (16%)
Otros			17 (1,8%)

tasas de comorbilidad aún mayores, fundamentalmente a expensas de procesos crónicos osteomusculares, cardiovasculares o digestivos.

Nuestros datos muestran la asociación, ya conocida, entre la depresión y una baja calidad de vida relacionada con la salud que, en este caso, podría verse reforzada por las características particulares de la muestra (edad media alta y comorbilidad médica). Al aumentar la edad, la coexistencia de enfermedad física crónica y depresión ocasiona una espiral de deterioro tanto de la salud física como de la psíquica^{31, 32}, que influye negativamente en la salud percibida³³ y en la funcionalidad¹⁶.

Tradicionalmente, el factor que ha estado más consistentemente asociado a la disminución de la calidad de vida de los pacientes deprimidos ha sido la severidad de la depresión^{24, 34}. En los últimos años se ha evidenciado la influencia de otros factores en la calidad de vida y en el pronóstico

de los pacientes depresivos³⁵. En concreto, en el caso de las mujeres, se ha visto como el número de hijos, la situación económica o la presencia de enfermedad física son elementos que modulan la influencia de los síntomas depresivos en la calidad de vida³⁶.

Nuestros datos muestran que de las variables incluidas en el modelo de regresión, solo la presencia de patología física y la intensidad de la depresión influyen significativamente en la calidad de vida. La enfermedad física tiene una influencia en la sub-escala de síntomas físicos de la Q-LES-Q pero no influye en la calidad de vida global, mientras que la intensidad de los síntomas depresivos influye significativamente en ambos aspectos. La intensidad de los síntomas depresivos, por tanto, se muestra como el factor más robusto en su influencia sobre la calidad de vida percibida. Se ha visto que en la depresión, a medida que aumenta la edad los condicionantes externos (del entorno) van perdiendo importancia, al tiempo que los aspectos internos (las molestias psíquicas y físicas) pasan a ser los factores que más limitan la calidad de vida³². Entre los factores internos, los síntomas físicos tendrían una menor influencia ya que son más fácilmente integrables como acontecimientos propios de la edad³⁷.

La sinergia negativa que depresión y síntomas físicos tienen sobre la calidad de vida relacionada con la salud, tiene una importancia clínica indudable, máxime cuando se sabe que: la presencia de enfermedades médicas comórbidas no disminuye la efectividad de programas terapéuticos multidisciplinarios para la depresión³⁸; que un tratamiento para la depresión de suficiente intensidad disminuye los síntomas, tanto de la depresión como de la patología médica comórbida³⁹; y que la calidad de vida percibida mejora significativamente cuando la depresión es tratada adecuadamente⁴⁰⁻⁴³, incluso en los casos en los que la mejoría de la depresión no se acompaña de mejoría en el proceso físico⁴¹. Por su frecuencia, las enfermedades osteomusculares han sido foco de especial atención, observándose que su asociación con la depresión da lugar a: un mayor deterioro general, una disminución de la calidad de vida y una peor respuesta de los pacientes a los programas terapéuticos multimodales. Esto hace que la mayor parte de los autores consideren el tratamiento de la depresión como imprescindible en estos casos de comorbilidad físico-psíquica⁴⁴⁻⁴⁶.

En conclusión, entre las pacientes mayores de 40 años tratadas ambulatoriamente por un trastorno depresivo tienen una elevada prevalencia de patología física comórbida y una disminución en la calidad de vida sobre todo es las áreas de: ocio, satisfacción global, salud física/actividades y sentimientos subjetivos. La presencia de enfermedad física influye negativamente en la puntuación de la sub-escala de salud física de la Q-LES-Q, mientras que la gravedad de los síntomas depresivos influye negativamente en las subescalas de salud física y de calidad de vida global.

AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren agradecer el soporte con el análisis estadístico de los datos a Luz Samaniego empleada de TFS asignada como coordinador estadístico para este estudio por Pfizer, Madrid, España.

DECLARACIÓN DE INTERESES

Este estudio ha sido iniciado y financiado por Wyeth Farma SA (Grupo Pfizer). Rita Prieto es una empleada a tiempo completo de Pfizer, SLU.

BIBLIOGRAFÍA

- Weissman MM, Bland R, Joyce PR, Newman S, Wells JE, Wittchen HU. Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. *J Affect Disord*. 1993 Oct-Nov;29(2-3):77-84.
- Brown G, Harris TO. *Origins of depression: a study of psychiatric disorders in women*. London: Tavistock; 1978.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994 Jan;51(1):8-19.
- Gorman JM. Gender differences in depression and response to psychotropic medication. *Gend Med*. 2006 Jun;3(2):93-109.
- Kornstein SG, Schatzberg AF, Yonkers KA, Thase ME, Keitner GI, Ryan CE, et al. Gender differences in presentation of chronic major depression. *Psychopharmacol Bull*. 1995;31(4):711-8.
- Marcus SM, Young EA, Kerber KB, Kornstein S, Farabaugh AH, Mitchell J, et al. Gender differences in depression: findings from the STAR*D study. *J Affect Disord*. 2005 Aug;87(2-3):141-50.
- Silverstein B. Gender differences in the prevalence of somatic versus pure depression: a replication. *Am J Psychiatry*. 2002 Jun;159(6):1051-2.
- Young EA, Kornstein SG, Marcus SM, Harvey AT, Warden D, Wisniewski SR, et al. Sex differences in response to citalopram: a STAR*D report. *J Psychiatr Res*. 2009 Feb;43(5):503-11.
- Accortt EE, Freeman MP, Allen JJ. Women and major depressive disorder: clinical perspectives on causal pathways. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008 Dec;17(10):1583-90.
- Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. *Critical review*. *Br J Psychiatry*. 2000 Dec;177:486-92.
- Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord*. 1993 Oct-Nov;29(2-3):85-96.
- Iglesias Garcia C, Ocio Leon S, Ortigosa Digon JC, Merino Garcia MJ, Alonso Villa MJ, Fernandez Palicio L, et al. Comparison of the effectiveness of venlafaxine in peri- and postmenopausal patients with major depressive disorder. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010 Nov-Dec;38(6):326-31.
- Kornstein SG. The evaluation and management of depression in women across the life span. *J Clin Psychiatry*. 2001;62(Suppl 24):11-7.
- MacQueen G, Chokka P. Special issues in the management of depression in women. *Can J Psychiatry*. 2004 Mar;49(3 Suppl 1):27S-40S.
- Saarijarvi S, Salminen JK, Toikka T, Raitasalo R. Health-related quality of life among patients with major depression. *Nord J Psychiatry*. 2002;56(4):261-4.
- Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *Jama*. 1989 Aug 18;262(7):914-9.
- Pyne JM, Patterson TL, Kaplan RM, Gillin JC, Koch WL, Grant I. Assessment of the quality of life of patients with major depression. *Psychiatr Serv*. 1997 Feb;48(2):224-30.
- Casetta I, Riise T, Wamme Nortvedt M, Economou NT, De Gennaro R, Fazio P, et al. Gender differences in health-related quality of life in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*. 2009 November 1, 2009;15(11):1339-46.
- French CT, Fletcher KE, Irwin RS. Gender differences in health-related quality of life in patients complaining of chronic cough. *Chest*. 2004 Feb;125(2):482-8.
- Shtasel DL, Gur RE, Gallacher F, Heimberg C, Gur RC. Gender differences in the clinical expression of schizophrenia. *Schizophr Res*. 1992 Sep;7(3):225-31.
- Vandiver VL. Quality of life, gender and schizophrenia: a cross-national survey in Canada, Cuba, and U.S.A. *Community Ment Health J*. 1998 Oct;34(5):501-11.
- Hartman JM, Berger A, Baker K, Bolle J, Handel D, Mannes A, et al. Quality of life and pain in premenopausal women with major depressive disorder: the POWER Study. *Health Qual Life Outcomes*. 2006;4:2.
- Weissman MM, Prusoff BA, Thompson WD, Harding PS, Myers JK. Social adjustment by self-report in a community sample and in psychiatric outpatients. *J Nerv Ment Dis*. 1978 May;166(5):317-26.
- Beekman AT, Deeg DJ, Braam AW, Smit JH, Van Tilburg W. Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being and service utilization. *Psychol Med*. 1997 Nov;27(6):1397-409.
- Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacol Bull*. 1993;29(2):321-6.
- Ormel J. Synchrony of change in depression and disability: what next? *Arch Gen Psychiatry*. 2000 Apr;57(4):381-2.
- Alvarenga ME, Caniato RN, Mauritz A, Braun A, Aljeesh Y, Baune BT. Health service utilization in patients with major depression and co-morbid pain. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2009 Feb;63(1):101-6.
- Fernandez Fernandez C, Caballer Garcia J, Saiz Martinez PA, Garcia-Portilla Gonzalez MP, Martinez Barrondo S, Bobes Garcia J. Depression in the elderly living in a rural area and other related factors. *Actas Esp Psiquiatr*. 2006 Nov-Dec;34(6):355-61.
- Aragones E, Pinol JL, Labad A. Depression and physical comorbidity in primary care. *J Psychosom Res*. 2007 Aug;63(2):107-11.
- Bigot T, Trouillet C, Hardy P, Pinabel F, Feline A. Depression and somatic diseases. On one retrospective study of 210 patients with major depression hospitalized in a psychiatric hospital. *Encephale*. 1999 Jan-Feb;25(1):3-10.
- Geerlings SW, Beekman AT, Deeg DJ, Twisk JW, Van Tilburg W. The longitudinal effect of depression on functional limitations and disability in older adults: an eight-wave prospective community-based study. *Psychol Med*. 2001 Nov;31(8):1361-71.
- Prince MJ, Harwood RH, Thomas A, Mann AH. A prospective population-based cohort study of the effects of disablement and social milieu on the onset and maintenance of late-life depression. The Gospel Oak Project VII. *Psychol Med*. 1998 Mar;28(2):337-50.
- Katon W, Lin EH, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007 Mar-Apr;29(2):147-

- 55.
34. Huete T, Hernan MA. Determinantes del bienestar general en pacientes con depresión mayor. In: Bobes J, Cervera S, Seva A, editors. *Calidad de vida y trastornos depresivos*. Oviedo: Gofer; 1995.
35. Hope ML, Page AC, Hooke GR. The value of adding the Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire to outcome assessments of psychiatric inpatients with mood and affective disorders. *Qual Life Res*. 2009 Jun;18(5):647-55.
36. Landero R, Estrada B, González MT. Depression and quality of life for women in single-parent and nuclear families. *The Spanish Journal of Psychology*. 2009;12(1):71-83.
37. Neugarten BL. Dynamics of transition of middle age to old age. adaptation and the life cycle. *J Geriatr Psychiatry*. 1970 Fall;4(1):71-100.
38. Harpole LH, Williams JW, Jr., Olsen MK, Stechuchak KM, Oddone E, Callahan CM, et al. Improving depression outcomes in older adults with comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005 Jan-Feb;27(1):4-12.
39. Bogner HR, Cary MS, Bruce ML, Reynolds CF, 3rd, Mulsant B, Ten Have T, et al. The role of medical comorbidity in outcome of major depression in primary care: the PROSPECT study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005 Oct;13(10):861-8.
40. Ali S, Stone M, Skinner TC, Robertson N, Davies M, Khunti K. The association between depression and health-related quality of life in people with type 2 diabetes: a systematic literature review. *Diabetes Metab Res Rev*. Feb;26(2):75-89.
41. Stafford L, Berk M, Reddy P, Jackson HJ. Comorbid depression and health-related quality of life in patients with coronary artery disease. *J Psychosom Res*. 2007 Apr;62(4):401-10.
42. Demyttenaere K, Andersen HF, Reines EH. Impact of escitalopram treatment on Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire scores in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 2008 Sep;23(5):276-86.
43. Van Voorhees AS, Fried R. Depression and quality of life in psoriasis. *Postgrad Med*. 2009 Jul;121(4):154-61.
44. Aguglia A, Salvi V, Maina G, Rossetto I, Aguglia E. Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms: comorbidity and clinical correlates. *J Affect Disord*. Feb;128(3):262-6.
45. de Miquel CA, Campayo JG, Florez MT, Arguelles JM, Tarrío EB, Montoya MG, et al. Interdisciplinary consensus document for the treatment of fibromyalgia. *Actas Esp Psiquiatr*. Mar-Apr;38(2):108-20.
46. Lange M, Petermann F. Influence of depression on fibromyalgia: A systematic review. *Schmerz*. Aug;24(4):326-33.