

GRAVEDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA: DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOLÓGICAS

Beatriz Vallejo Sánchez¹, Ana María Pérez García², Carla Marina Rodríguez Pereira¹, Agustín Sicilia Martín¹, Dolores Rivera Murillo¹, María Ángeles Moreno Gómez¹, Elisa León López¹, Cristina García Blanco¹, Julio Martínez Arnaiz¹

1. Unidad de Salud Mental del Hospital Santa Bárbara, Puertollano, Ciudad Real, España
2. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, España

bvallejo@sescam.jccm.es

RESUMEN

Introducción: Según numerosos estudios, la personalidad y las estrategias de afrontamiento utilizadas constituyen algunos de los principales factores predictivos del desarrollo de psicopatología en situaciones vitales estresantes. No obstante, no existen muchos estudios sobre cómo influyen estos factores en la gravedad de la sintomatología.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue analizar las diferencias en algunas variables personales y clínicas en función de la severidad de los síntomas depresivos.

Método: Se evaluó a un grupo de pacientes que acudieron a una Unidad de Salud Mental, diagnosticados de TA (N=80), a través de una entrevista clínica y de un protocolo compuesto por diferentes instrumentos para valorar personalidad, positividad, afrontamiento, autoeficacia, satisfacción vital y síntomas ansiosos y depresivos. Se analizaron las diferencias en las variables entre los sujetos altos en depresión (puntuación en BDI>24,5; N=40) y bajos (puntuación en BDI<24,5; N=40).

Resultados: El grupo con depresión alta presentó menor positividad, menor extraversión y especialmente mayor neuroticismo que el grupo con depresión baja. También presentó menores puntuaciones en satisfacción vital. No se encontraron diferencias significativas en afrontamiento ni en autoeficacia entre ambos grupos.

Conclusiones: Algunos factores como la personalidad pueden influir en la gravedad de la psicopatología, debiendo ser considerados tanto en la evaluación como en la intervención en salud mental.

GRAVEDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA: DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOLÓGICAS

INTRODUCCIÓN

La severidad de los síntomas depresivos es una dimensión muy importante en cuanto que afecta de forma significativa al funcionamiento diario de las personas, el bienestar y la calidad de vida autopercebida (García y Calvanese, 2008; Wells, Burnman, Rogers, Hays y Camp, 1992), así como a los resultados del tratamiento, que por ejemplo en el caso del tratamiento farmacológico parece ser más efectivo a medida que la sintomatología es más severa, según el metaanálisis reciente de Fournier y colaboradores (2010).

Considerando estas repercusiones, es muy importante identificar todos aquellos factores que influyen en la severidad de los síntomas depresivos, especialmente en muestras clínicas con condiciones menos estudiadas, como el "Trastorno adaptativo" (TA) o "reacción de adaptación" (APA, 2013; WHO, 1992), un diagnóstico sobre el que existe muy poca investigación, con alguna excepción (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a,b), en parte debido a las importantes controversias diagnósticas en torno a él (Casey, Dowrick y Wilkinson, 2001), pero que constituye un importante problema de salud con elevados costes personales, sociales y económicos y diagnosticado con frecuencia (Andreasen y Hoenck, 1982; Ayuso-Mateos et al., 2001; Maercker et al., 2012; Qin, 2011). El estudio de estos factores contribuirá a una mejor comprensión y puesta en marcha de estrategias e intervenciones terapéuticas dirigidas a los mismos.

En concreto, con respecto a las características clínicas, podría ser relevante el estudio de la presencia de ansiedad, ya que el subtipo más prevalente de TA es el mixto, caracterizado por la presencia simultánea de síntomas tanto ansiosos como depresivos. Además, algunos datos sugieren que la mitad de las personas con depresión presenta también síntomas ansiosos, lo que generalmente se ha considerado un indicador de la severidad de la depresión, asociándose a un mayor deterioro funcional, mayor cronicidad, un incremento del riesgo de suicidio y peor respuesta al tratamiento (Fava et al., 2008; VanValkenburg, Akiskal, Puzantian y Rosenthal, 1984), aunque los datos no son concluyentes (Almas, Forsell, Iqbal, Janszky y Moller, 2015).

En cuanto a otras características del sujeto, algunos factores de vulnerabilidad significativos que guardan relación con la severidad de los síntomas han sido la personalidad, especialmente algunas dimensiones clásicas como el neuroticismo, dentro del Modelo de los "Cinco Grandes" de Costa y McCrae (1992) u otras recientemente investigadas como la positividad (Lahey, 2009; Malouff, Thorgeinsson Y Schutte, 2005; Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a,b), que influyen en aspectos como la reactividad al estrés o la percepción de la situación o de los propios recursos (Connor-Smith y Flachsbart, 2007; Folkman y Moskowitz, 2000). También resulta interesante el estudio del tipo de afrontamiento utilizado frente al estrés, que puede influir en la probabilidad de manejar adecuadamente la situación, y por tanto repercutir en la salud mental (Carver y Connor-Smith, 2010; Taylor y Stanton, 2007). La autoeficacia general, muy relacionada con las dos anteriores, y entendida en un sentido amplio como una creencia relativamente estable que

GRAVEDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA: DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOLÓGICAS

tiene una persona sobre su capacidad para conseguir los resultados deseados o manejar adecuadamente una gran variedad de situaciones estresantes (Bandura, 1997), correlaciona con la salud, y especialmente con la salud mental (Au et al., 2010; Rueda y Pérez-García, 2004; Shaheen, Shaheen y Shaheen, 2013; Zhang, Edwards, Yates, Guo y Li, 2013), en concreto, con la presencia y gravedad de síntomas ansiosos y especialmente depresivos, ejerciendo una influencia directa, y también indirecta a través de su influencia en el afrontamiento, en la implicación en diferentes conductas saludables y positivas, y en el propio tratamiento (Bickman, Hefflinger, Northrup, Sonnichsen y Schilling, 1998). Por último, resulta importante el estudio de la relación de la severidad de la depresión con otros factores relacionados que también se relacionan con el bienestar y la calidad de vida de las personas, como la satisfacción vital (Levenson y Glochesky, 1991), que se define como una valoración global que la persona hace sobre su vida, comparando lo que ha conseguido, sus logros, con lo que esperaba obtener, sus expectativas (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985). Ambos, satisfacción vital y depresión guardarían relación en cuanto que constituirían dos componentes, cognitivo y afectivo respectivamente, del bienestar subjetivo (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999).

El objetivo de este estudio fue analizar las diferencias en algunas variables personales y clínicas relevantes en función de la severidad de los síntomas depresivos.

MÉTODO

Participantes

El estudio, transversal y descriptivo, se ha realizado con 80 sujetos que acudieron a la Unidad de Salud Mental (USM) del Hospital Santa Bárbara de Puertollano (Ciudad Real, España) en 2012 y fueron diagnosticados de TA (en su mayoría, con síntomas mixtos ansioso-depresivos) en base a criterios diagnósticos de la CIE-10 (WHO, 1992) o del DSM-IV-TR (APA, 2000). Se excluyó a los sujetos que habían realizado tratamiento psicológico o psiquiátrico en los últimos dos años, aquellos cuyas edades no estuviesen comprendidas entre los 18 y 65 años; los que presentasen condiciones que dificultasen la aplicación de los instrumentos de estudio (deterioro cognitivo y/o médico, o nivel educativo o intelectual insuficiente); y por último, a aquellos que presentaban comórbidamente otra psicopatología grave del Eje I o II del DSM-IV-TR.

La muestra fue dividida en dos grupos con igual número de sujetos (N=40), a partir del cálculo de la mediana de las puntuaciones obtenidas en la escala de sintomatología depresiva: altos en depresión (puntuación en BDI>24,5; N=40) y bajos (puntuación en BDI<24,5; N=40). Las características sociodemográficas más importantes de ambos grupos se describen en la Tabla 1.

GRAVEDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA: DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOLÓGICAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los grupos: bajos y altos en depresión

	Baja Depresión (N = 40)	Alta Depresión (N = 40)	F o χ^2
<i>Edad [Media (DT)]</i>	35,55 (15,57)	36,73 (11,15)	0,15
<i>Sexo [n (%)]</i>			1,46
Hombres	10 (25)	15 (37,5)	
Mujeres	30 (75)	25 (62,5)	
<i>Estado civil [n (%)]</i>			7,62^o
Soltero	21 (52,5)	15 (37,5)	
Casado	16 (40)	18 (45)	
Separado/Divorciado	1 (2,5)	7 (17,5)	
Viudo	2 (5)	0	
<i>Situación laboral [n (%)]</i>			1,15
Activa	11 (27,5)	7 (17,5)	
No activa	29 (72,5)	33 (82,5)	
<i>Nivel educativo [n (%)]</i>			1,48
Básico (primaria o menos)	17 (42,5)	22 (55)	
Medio (secundaria o FP)	15 (37,5)	13 (32,5)	
Superior (universitaria)	8 (20)	5 (12,5)	
<i>Nivel económico [n (%)]</i>			10,54**
Bajo	9 (22,5)	22 (55)	
Medio	31 (77,5)	17 (42,5)	
Alto	0 (0)	1 (2,5)	

Notas: (1) o $p < 0,06$ ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Instrumentos y procedimiento

Tras la aprobación del comité de revisión institucional, a todos los sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión, se les entregó una hoja de consentimiento informado para la participación en el estudio que debían firmar y un protocolo de pruebas, que incluía una hoja de datos sociodemográficos y un conjunto de cuestionarios que debían cumplimentar en su domicilio, y que incluía:

GRAVEDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA: DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOLÓGICAS

- *Big Five Inventory-44* (Benet-Martínez y John, 1998), un inventario autoaplicado de 44 ítems que evalúa las Cinco Grandes dimensiones de personalidad (neuroticismo, extraversión, afabilidad, tesón y apertura a la experiencia).
- *Escala de Positividad* (Caprara et al., 2012), una escala autoaplicada de 8 ítems que evalúa la positividad o propensión a pensar positivamente sobre uno mismo, la vida y el futuro.
- *Brief COPE o COPE-28* (Carver, 1997; versión española de Pérez-García, 2008), un inventario autoaplicado de 28 ítems, que evalúa 14 estrategias diferentes de afrontamiento ante el estrés agrupadas en 5 tipos (obtenidos a través de análisis factorial, ya descrito previamente en Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a): afrontamiento de compromiso, que incluye el uso de estrategias de afrontamiento activo, planificación, reevaluación positiva y aceptación; afrontamiento de falta de compromiso, compuesto por estrategias de negación, abandono, autculpa y desahogo; búsqueda de apoyo social, tanto emocional como instrumental; uso del humor, y religión. Dos de estas agrupaciones coinciden con una distinción muy utilizada actualmente en la literatura, que diferencia entre afrontamiento de compromiso (engagement), y afrontamiento de falta de compromiso (disengagement) (Carver y Connor-Smith, 2010).
- *Satisfaction with Life scale* (Diener et al., 1985), un cuestionario de 5 ítems que valora la medida en que la persona está satisfecha con su vida.
- Escala de Autoeficacia Generalizada (Baessler y Schwarzer, 1996), una escala de 10 ítems que mide la expectativa que una persona tiene acerca de la capacidad para afrontar adecuadamente cualquier situación problemática.
- Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; adaptación española de Sanz y Vázquez, 1998) e Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck y Steer, 1993; adaptación de Sanz y Navarro, 2003), que son dos de los cuestionarios más conocidos para la valoración de la presencia y gravedad de síntomas depresivos y ansiosos, respectivamente. Cuentan con 21 ítems cada uno.
- Por último, para descartar la presencia de otra psicopatología del eje I y II se utilizaron: la entrevista estructurada *MINI* (Sheehan et al., 1997) y el cuestionario *IPDE* (Loranger, 1996), respectivamente.

ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó el programa estadístico SPSS para Windows, versión 19.0 (IBM Corp, 2010). Para comprobar si había diferencias entre los grupos en las variables sociodemográficas medidas, se utilizó la prueba de χ^2 en las variables categóricas, y análisis de varianza de un factor en el caso de la edad. Se analizó la fiabilidad de las escalas y cuestionarios a través del coeficiente alpha

GRAVEDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA: DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOLÓGICAS

de Cronbach. Para comprobar las diferencias en las principales variables de estudio (ansiedad, personalidad –Cinco grandes dimensiones y positividad-, afrontamiento, autoeficacia, y satisfacción vital) entre los grupos (altos y bajos en depresión) se utilizó el análisis de varianza multivariado (MANOVA), tomando como covariantes las variables sociodemográficas significativas (en este caso, nivel económico y estado civil).

RESULTADOS

Datos preliminares

El análisis de las variables sociodemográficas (ver Tabla 1) indicó que no había diferencias significativas entre los grupos (altos y bajos en depresión) en la distribución de las variables sexo ($\chi^2 = 1,46$, $gl = 1$, $p = 0,23$), edad [$F(1,78) = 0,15$, $p = 0,70$], nivel educativo ($\chi^2 = 1,48$, $gl = 2$, $p = 0,48$) y situación laboral ($\chi^2 = 1,15$, $gl = 1$, $p = 0,28$). Sin embargo, sí que se encontraron diferencias en nivel económico ($\chi^2 = 10,54$, $gl = 2$, $p < 0,01$), siendo casi significativas en estado civil ($\chi^2 = 7,62$, $gl = 3$, $p = 0,055$). Todas aquellas variables sociodemográficas que resultaron significativamente diferentes entre los grupos (bajos y altos en depresión), nivel educativo y estado civil) fueron controladas en los análisis estadísticos posteriores.

En todos los casos la fiabilidad de las escalas fue buena, oscilando entre 0,70 y 0,84 en el caso de las escalas de personalidad (excepto para afabilidad que fue aceptable, con un índice de 0,59); entre 0,70 y 0,87 para las escalas de afrontamiento consideradas; 0,94 en el caso del cuestionario de ansiedad; 0,88 en el cuestionario de depresión; 0,69 para la escala de satisfacción vital; y 0,91 para la escala de autoeficacia.

Análisis de las diferencias entre los grupos

Se estudiaron a través de un análisis de varianza multivariado (MANOVA) de un factor, grupo (bajos y altos en depresión), tomando como variables dependientes las cinco dimensiones de personalidad del modelo de los "Cinco Grandes", la positividad, los cinco tipos de afrontamiento analizados, la autoeficacia, la satisfacción vital y la ansiedad, controlando las variables sociodemográficas que habían resultado significativamente diferentes entre los grupos (nivel económico y estado civil, que resultó casi significativa). Y por otro lado, se realizaron análisis univariados (ANOVA) para cada variable al resultar los efectos globales significativos (ver Tabla 2).

Las variables analizadas fueron significativamente afectadas por el grupo ($\lambda = 0,60$; $F(5,149) = 10,40$; $p < 0,001$; $\eta^2_p = 0,40$). En concreto, el grupo alto en depresión puntuó también más alto en ansiedad, fue más neurótico, menos extravertido, menos positivo y estuvo menos

GRAVEDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA: DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOLÓGICAS

satisfecho con la vida. El tamaño de los efectos del grupo sobre las variables fue moderado, excepto para la extraversión que se dio un tamaño del efecto más pequeño. No hubo diferencias en el resto de dimensiones de personalidad (afabilidad, tesón, apertura), en el estilo de afrontamiento ni en la autoeficacia percibida.

Tabla 2. Resultados de los análisis de las diferencias entre los grupos altos y bajos en depresión en las diferentes variables analizadas: Estadísticos descriptivos (media y desviación típica) y ANOVA (N=80).

	Grupo Depresión	Grupo Depresión	<i>F</i>	η^2_p
	Baja (N=40)	Alta (N=40)		
<i>Personalidad</i>				
Extraversión	25,65 (5,97)	23,27 (5,91)	3,24*	0,11
Neuroticismo	25,05 (5,37)	30,15 (5,19)	6,39**	0,20
Afabilidad	34,03 (5,00)	33,72 (3,76)	0,49	0,02
Tesón	33,03 (5,31)	31,65 (5,54)	1,88	0,07
Apertura a la experiencia	33,30 (6,98)	32,53 (7,34)	0,34	0,01
Positividad	23,75 (4,69)	19,98 (4,91)	6,32**	0,20
<i>Afrontamiento</i>				
Compromiso	14,68 (4,91)	14,05 (6,09)	1,61	0,06
Apoyo	8,10 (3,20)	6,80 (3,18)	1,91	0,07
Falta de compromiso	7,85 (3,48)	9,35 (4,82)	2,11	0,08
Humor	1,40 (1,78)	1,07 (1,67)	0,25	0,01
Religión	1,70 (1,98)	2,08 (2,11)	0,43	0,02
<i>Autoeficacia</i>	30,93 (7,24)	27,95 (9,64)	1,30	0,05
<i>Satisfacción vital</i>	13,28 (3,72)	10,58 (3,59)	4,39**	0,15
<i>Ansiedad</i>	18,50 (11,32)	31,03 (14,00)	8,02***	0,24

Notas: (1) * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; (2) η^2_p para calcular el tamaño del efecto; (3) Las escalas de afrontamiento y personalidad tienen diferente número de ítems.

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue profundizar en el estudio de los trastornos adaptativos, y en concreto en las variables que determinan la gravedad de la sintomatología, analizando las

GRAVEDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA: DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOLÓGICAS

diferencias en personalidad, afrontamiento, autoeficacia, satisfacción vital y síntomas de ansiedad entre sujetos con altas y bajas puntuaciones en depresión.

En primer lugar, en cuanto a la personalidad, se encontró que el grupo de personas con mayores puntuaciones en síntomas depresivos presentaba mayor neuroticismo y menor extraversión que el grupo con bajas puntuaciones, resultando compatible con lo encontrado en la literatura previa, que considera la personalidad un factor de vulnerabilidad (o resiliencia) para el desarrollo de psicopatología. Por ejemplo, Malouff y colaboradores (2005) concluyeron, tras un estudio de metaanálisis, que todos los factores excepto apertura se asociaban con la presencia de síntomas clínicos, el neuroticismo en sentido positivo y el resto (extraversión, tesón y afabilidad) en sentido negativo. Algunos autores consideran que esta relación está mediada por factores como las valoraciones que realizan los sujetos sobre la situación estresante y sobre los propios recursos disponibles para el afrontamiento (Schneider, Rensch, Lyons y Riffle, 2012). Los estudios específicos con personas diagnosticadas de trastorno adaptativo son muy escasos, aunque van en la línea de los anteriores resultados. Así, por ejemplo, For-Wey, Fei-Yin y Bih-Ching (2006) encontraron que un mayor neuroticismo y una menor extraversión aumentaban el riesgo de desarrollar un trastorno adaptativo. Con respecto a la positividad, aunque se trata de un constructo poco investigado aún, otros estudios previos han encontrado relaciones con la psicopatología (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a).

En segundo lugar, con respecto al afrontamiento, no se encontraron diferencias entre los grupos. Este resultado no fue acorde a lo esperado y a lo encontrado en la literatura previa, donde se ha encontrado que las estrategias de afrontamiento activas, como el afrontamiento de compromiso, suelen ser más adaptativas y exitosas, favoreciendo el bienestar y el ajuste psicológico, mientras que las formas pasivas y de evitación, como son las estrategias de falta de compromiso, son consideradas como menos exitosas, disfuncionales y desadaptativas, prediciendo mayores índices de ansiedad y depresión (Carver y Connor-Smith, 2010; Folkman, Lazarus, Gruen y DeLongis, 1986; Taylor y Stanton, 2007). Con respecto a la autoeficacia percibida, una dimensión muy relacionada tanto con la personalidad (Judge, Erez, Bono y Thoresen, 2002; Williams, O'Brien y Colder, 2004) como con el afrontamiento (Sanjuán, Pérez y Bermúdez, 2000), tampoco se encontraron diferencias en función de la severidad de los síntomas, resultado inesperado ya que en estudios previos se ha visto que se asocia negativamente tanto con ansiedad como con depresión (Au et al., 2010; Ríos, Sanchez y Godou, 2010; Shaheen et al., 2013). Por tanto, es posible que tanto el afrontamiento como la autoeficacia contribuyan al desarrollo de psicopatología, resultando importante su consideración en intervenciones preventivas, pero que contribuya menos a la gravedad de la psicopatología una vez ésta se ha desarrollado.

GRAVEDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA: DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOLÓGICAS

Si que hubo diferencias muy significativas en satisfacción vital en función de la gravedad de la sintomatología, lo cual también resultaba esperable en base a la literatura (Diener et al., 1999). Es decir, la presencia y gravedad de sintomatología depresiva repercutiría en el funcionamiento diario de la persona, lo que influiría en la valoración global que la persona hace de su vida, y a la inversa, la valoración que la persona hace de los logros vitales que ha conseguido en comparación con las expectativas que tenía influiría en el estado emocional y en el desarrollo de síntomas depresivos.

Por último, con respecto a la presencia y gravedad de síntomas ansiosos, los resultados han resultado coherentes con la investigación previa, que encuentra que ansiedad y depresión guardan una gran relación entre sí (Clark y Watson, 1991), contribuyendo la presencia de ansiedad a una mayor severidad de la depresión (Fava et al., 2008; VanValkenburg, Akiskal, Puzantian y Rosenthal, 1984). En el caso de los TA, es frecuente encontrar un curso temporal no paralelo entre ansiedad y depresión, ya que la ansiedad suele originarse ante determinadas situaciones en que el sujeto anticipa peligro o daño, manteniéndose especialmente mientras cree disponer de medios y capacidades de afrontamiento con los que podría evitar el daño, mientras que la depresión podría aparecer en una fase posterior, cuando falla el afrontamiento y la persona se siente incapaz de evitar el daño anticipado (Lazarus y Folkman, 1987).

En conclusión, los resultados de este trabajo apoyan la idea de que algunas variables como la personalidad o la satisfacción vital pueden considerarse factores de vulnerabilidad en la salud mental, y en concreto, en los trastornos adaptativos, debiendo ser consideradas en la valoración de personas expuestas a situaciones de estrés y en la selección de aquellos sujetos más vulnerables del desarrollo de sintomatología más grave, para el desarrollo de las estrategias preventivas e intervenciones más adecuadas a cada caso.

A pesar de lo anterior, el estudio realizado tiene algunas limitaciones que sería aconsejable resolver. En primer lugar, se trata de un estudio transversal y correlacional por lo que no se pueden establecer relaciones de causalidad. En segundo lugar, en cuanto a las medidas, solo se usan autoinformes retrospectivos, con los sesgos que éstos implican. Especialmente, la propia psicopatología puede influir en la autopercepción o autodescripción que las personas hacen de sí mismas, por ejemplo, de su personalidad, probablemente más a medida que aumenta la severidad de los síntomas (Costa, Bagby, Herbst y McCrae, 2005). Por último, con respecto a la medida de la severidad de la depresión, está basada en el número de síntomas informados por el sujeto, lo que supone entender la depresión como una condición simple. Sin embargo, según una revisión reciente (Fried y Nesse, 2015), no todos los síntomas son indicadores igualmente buenos de la severidad, ni dan lugar al mismo deterioro, ni se relacionan con los mismos factores de riesgo, siendo recomendable el estudio de síntomas individuales y sus asociaciones causales de cara a ofrecer el tratamiento más adecuado según el patrón de síntomas (Fried y Nesse,

GRAVEDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA: DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOLÓGICAS

2015). Por ejemplo, Jang, Livesley, Taylor, Stein y Moon (2004) encontraron que los síntomas cognitivos de desesperanza y culpa se relacionaban con la presencia de determinados rasgos de personalidad que podían tener más base hereditaria que otros. La estimación de la severidad de la depresión debería basarse además de en los síntomas actuales, en aspectos como el deterioro funcional o el curso de la enfermedad (duración del episodio, episodios previos, comorbilidad, resistencia al tratamiento, etc), tal como proponen algunos autores como McClintock, Husain, Greer y Cullum (2010).

REFERENCIAS

- Almas, A., Forsell, Y., Iqbal, R., Janszky, I. y Moller, J. (2015). Severity of Depression, Anxious Distress and the Risk of Cardiovascular Disease in a Swedish Population-Based Cohort. *PLoS ONE*, 10, e0140742. doi:10.1371/journal.pone.0140742
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Text Revised. DSM-IV-TR*. Washington: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. DSM-V*. Arlington: APA.
- Andreasen, N.C. y Hoenck, P.R. (1982). The predictive value of adjustment disorders: A follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 139, 62-66.
- Au, A., Lau, K.-M., Sit, E., Cheung, G., Lai, M.-K., Wong, S.K.A. y Fok, D. (2010). The role of self-efficacy in the Alzheimer's family caregiver stress process: A partial mediator between physical health and depressive symptoms. *Clinical Gerontologist*, 4, 298-315.
- Ayuso-Mateos, J.L., Vázquez-Barquero, J.L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O.S., Casey, P., Wilkinson, C., Lasa, L., Page, H., Dunn, G. y Wilkinson, G. (2001). Depressive disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 308-316. doi: 10.1192/bjp.179.4.308
- Baessler, J. y Schwarcer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: Freeman.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A.T. y Steer, R.A. (1993). *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Antonio: Harcourt Brace and Company.

GRAVEDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA: DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOLÓGICAS

- Benet-Martínez, V. y John, O.P. (1998). *Los Cinco Grandes* across cultures and ethnic groups: Multitrait Multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 729-750. doi: [10.1037/0022-3514.75.3.729](https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.3.729)
- Bickman, L., Heflinger, C.A., Northrup, D., Sonnichsen, S. y Schilling, S. (1998). Long term outcomes to family caregiver empowerment. *Journal of Child and Family Studies*, 7, 269-282. doi: 10.1023/A:1022937327049
- Caprara, G.V., Alessandri, G., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Caprara, M.G. et al. (2012). The Positivity Scale. *Psychological Assessment*, 24, 701-712. doi:10.1037/a0026681
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Carver, C. S. y Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704. doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Casey, P., Dowrick, C. y Wilkinson, G. (2001). Adjustment disorders: Fault line in the psychiatric glossary. *British Journal of Psychiatry*, 179, 479-481. doi: 10.1192/bjp.179.6.479.
- Clark, L.A. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depresión: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336. doi:10.1037/0021-843X.100.3.316
- Connor-Smith, J.K. y Flachsbar, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 1080-1107. doi: 10.1037/0022-3514.93.6.1080
- Costa, P.T., Bagby, R.M., Herbst, J.F. y McCrae, R.R. (2005). Personality self-reports are concurrently reliable and valid during acute depressive episodes. *Journal of Affective Disorders*, 89, 45-55. doi: 10.1016/j.jad.2005.06.010
- Costa, P.T. y McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. y Smith, H. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302. doi: 10.1037/0033-2909.125.2.276
- Fava, M., Rush, A.J., Alpert, J.E., Balasubramani, G.K., Wisniewski, S.R., Carmin, C.N., Bi Biggs, M.M., Zisook, S., Leuchter, A., Howland, R., Warden, D. y Trivedi, M.H. (2008). Difference in

GRAVEDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA: DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOLÓGICAS

treatment outcome in outpatients with anxious versus nonanxious depression: a STAR*D report. *American Journal of Psychiatry*, 165, 342–51. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.06111868

Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R. y DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-79. doi: 10.1037/0022-3514.50.3.571

Folkman, S. y Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647-654. doi:10.1037/0003-066X.55.6.647

For-Wey, L., Fei-Yin, L. y Bih-Ching, S. (2006). The premorbid personality in military students with adjustment disorder. *Military Psychology*, 18, 77-88. doi: 10.1207/s15327876mp1801_5

Fournier, J.C., DeRubeis, R.J., Hollon, S.D., Dimidjian, S., Amsterdam, J.D., Shelton, R.C. y Fawcett, J. (2010). Antidepressant Drug effects and Depression Severity: A Patient-Level Meta-Analysis. *JAMA*, 303, 47–53. doi:10.1001/jama.2009.1943.

Fried, E. I. y Nesse, R.M. (2015). Depression sum-sores don't add up: why analyzing specific depression symptoms is essential. *BMC Medicine*, 13, 72. doi: 10.1186/s12916-015-0325-4

García, H. y Calvanese, N. (2008). Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con ratamiento sustitutivo de la función renal. *Psicología y Salud*, 18, 5-15.

IBM Corp (2010). *IBM SPSS. Statistics for Windows, Version 19.0*. Armonk, NY: IBM Corp.

Jang, K.L., Livesley, W.J., Taylor, S., Stein, M.B. y Moon, E.C. (2004). Heritability of individual depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 80, 125–33. doi: 10.1016/S0165-0327(03)00108-3

Judge, T.A., Erez, A., Bono, J.E. y Thoresen, C.J. (2002). Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalized self-efficacy indicators of a common core construct? *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 693–710. doi: 10.1037/0022-3514.83.3.693

Lahey, B.B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64, 241–256. doi: 10.1037/a0015309

Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169. doi:10.1002/per.2410010304

Levenson, J.L. y Glochesky, S. (1991). Psychological factors affecting end-stage renal disease. *Psychosomatics*, 32, 382-389. doi: 10.1016/S0033-3182(91)72038-0

Loranger, A.W. (1995). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. doi:10.1001/archpsyc.1994.03950030051005

GRAVEDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA: DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOLÓGICAS

Maercker, A., Forstmeier, S., Pielmaier, L., Spangenberg, L., Brähler, E. y Glaesmer, H. (2012). Adjustment disorders: prevalence in a representative nationwide survey in Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1745-1752. doi: 10.1007/s00127-012-0493-x

Malouff, J.M., Thorsteinsson, E.B. y Schutte, N.S. (2005). The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral*, 27, 101-114. doi: 10.1007/s10862-005-5384-y

McClintock, S.M., Husain, M.M. Greer, T.L. y Cullum, C.M. (2010). Association between depression severity and neurocognitive function in Major Depressive Disorder: A review and synthesis. *Neuropsychology*, 24, 9-34. doi: 10.1037/a0017336

Pérez-García, A.M. (2008). *Versión española de la escala Brief-COPE de Carver (1997) [Spanish version of the Carver's Brief-COPE (1997)]*. Unpublished document. Madrid: UNED.

Qin, P. (2011). The impact of psychiatric illness on suicide: Differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 1445-1452. doi: 10.1016/j.jpsychires.2011.06.002

Rios, M.I., Sánchez, J. y Godoy, C. (2010). Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de enfermería de cuidados intensivos y urgencias. *Psicothema*, 22, 600-605.

Rueda, B. y Pérez-García, A.M. (2004). Personality and self-efficacy: Influence on well-being and coping with health problems. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 205-219.

Sanjuán, P., Pérez, A.M. y Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12 (supl. 2), 509-513.

Sanz, J. y Navarro, M.E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9, 59-84.

Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 303-318.

Schneider, T., Rench, T., Lyons, J. y Riffle, R. (2012). The influence of neuroticism, extraversion and openness on stress responses. *Stress & Health*, 28, 102-110. <http://dx.doi.org/10.1002/smi.1409>

Shaheen, S., Shaheen, F. y Shaheen, H. (2013). Personality Factors, Self-Efficacy, and Mental Health among University Students: A Correlational Study. *International Journal of Education and Psychological Research*, 2, 106-112.

GRAVEDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA: DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOLÓGICAS

- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A. et al. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12, 232-241. doi: 10.1016/S0924-9338(97)83297-X
- Taylor, S.E. y Stanton, A.L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377-401. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108
- Vallejo-Sánchez, B. y Pérez-García, A.M. (2015a). Positividad y afrontamiento en pacientes con trastorno adaptativo. *Anales de Psicología*, 31, 462-471. doi:10.6018/analesps.31.2.176631
- Vallejo-Sánchez, B. y Pérez-García, A.M. (2015b). The role of personality and coping in adjustment disorder. *Clinical Psychologist*. doi: 10.1111/cp.12064
- VanValkenburg, C., Akiskal, H.S., Puzantian, V. y Rosenthal, T. (1984). Anxious depressions. Clinical, family history, and naturalistic outcome—comparisons with panic and major depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 6, 67-82. doi: 10.1016/0165-0327(84)90009-0
- Wells, K.B., Burnam, M.A., Rogers, W., Hays, R. y Camp, P. (1992). The course of depression in adult outpatients. Results from the Medical Outcomes Study. *Archives of General Psychiatry*, 49, 788-794. doi: 10.1001/archpsyc.1992.01820100032007
- World Health Organization (WHO) (1992). *International classification of diseases and related health problems, 10th revision*. Ginebra: WHO.
- Williams, P.G., O'Brien, C.D. y Colder, C.R. (2004). The effects of neuroticism and extraversion on self-assessed health and health-relevant cognition. *Personality and Individual Differences*, 37, 83-94. doi: 10.1016/j.paid.2003.08.001
- Zhang, S., Edwards, H., Yates, P., Guo, Q. y Li, C. (2013). Partial Mediation Role of Self-Efficacy between Positive Social Interaction and Mental Health in Family Caregivers for Dementia Patients in Shanghai. *PLoS ONE*, 8, e83326. doi:10.1371/journal.pone.0083326