INTRODUCCIÓN

Los trastornos ansiosos y depresivos son los trastornos psiquiátricos más comunes en la práctica clínica (1,2). Estudios previos han mostrado persistentemente que aumentan la morbilidad, el uso de los servicios de salud y el deterioro funcional. Además en el caso de cronificarse, estos trastornos pueden aumentar la tasa de mortalidad relacionada con la patología cardiovascular. (3)

Los trastornos depresivos están clasificados dentro del la categoría de Trastornos del Estado de Ánimo o Trastornos afectivos donde se incluyen los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Con este término nos referimos a estados emocionales persistentes a partir de un estado emocional transitorio. El estado de ánimo depresivo se caracteriza por pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse, pérdida de apetito e ideas de muerte o suicidio. Otros signos y síntomas pueden ser cambios en el nivel de actividad, la capacidad cognitiva, el lenguaje y las funciones vegetativas (por ejemplo sueño, actividad sexual y otros ritmos biológicos); además en el estado de ánimo depresivo casi siempre se altera la capacidad de relación y el funcionamiento social y laboral.(3)

La tristeza patológica constituye el síntoma nuclear de la depresión, aunque también pueden expresarse otros afectos como la indiferencia, la disforia, la anhedonía, la ansiedad y la angustia, la irritabilidad o la apatía.(4)

En la clasificación DSM-IV-R (5), Los Trastornos del Estado de Ánimo se dividen en tres partes. La primera describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco) que han sido incluidos por separado al principio de esta sección para poder diagnosticar adecuadamente los diversos trastornos del estado de ánimo. Estos episodios no tienen asignados códigos diagnósticos y no pueden diagnosticarse como entidades independientes; sin embargo sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos. La segunda parte describe los trastornos del estado de ánimo (por ejemplo trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I). La tercera parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes.

La sección de los trastornos del estado de ánimo está organizada en el DSM-IV-TR como sigue:

Tabla 1: Clasificación DSM-IV-TR de los trastornos del estado del ánimo
Episodios Afectivos
Episodio depresivo mayor
Episodio maníaco
Episodio mixto
Episodio hipomaníaco
Trastornos depresivos
Trastorno depresivo mayor
Trastorno distímico
Trastorno depresivo no especificado
Trastornos bipolares
Trastorno bipolar tipo I
Trastorno bipolar tipo II
Trastorno ciclotímico
Trastorno bipolar no especificado
Otros trastornos del estado del ánimo
Trastornos del estado de ánimo debido a...(indicar enfermedad médica)
Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
Trastorno del estado de ánimo no especificado
Especificaciones que describen la clasificación clínica del episodio afectivo actual
Leve
Moderado
grave sin síntomas psicóticos
Grave con síntomas psicóticos
En remisión parcial
En remisión total
Especificaciones que describen rasgos del episodio actual
Crónico
Con síntomas melancólicos
Con síntomas atípicos
De inicio en el postparto
Especificaciones que describen el curso de los episodios recidivantes
Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica total)
Con patrón estacional
Con ciclos rápidos

En la clasificación CIE-10 (6) la categoría diagnóstica de Trastorno

Depresivo se encuentra incluida dentro de la sección de trastornos del humor (afectivos) dividida, a su vez en siete apartados.

Tabla 2: Clasificación CIE-10 de los trastornos afectivos	
Episodio maníaco	Hipomanía
	Manía sin síntomas psicóticos
	Manía con síntomas psicóticos
	Otros episodios maníacos
	Episodio maníaco sin especificación
Trastorno bipolar	Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco
	Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin sintomas psicóticos
	Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con sintomas psicóticos
	Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado
	Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos
	Trastorno bipolar,episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos
	Trastorno bipolar, actualmente en remisión
	Otros trastornos bipolares
	Trastorno bipolar sin especificación
Episodios depresivos	Leve
	Moderado
	Grave sin síntomas psicóticos
	Grave con síntomas psicóticos
	Otros episodios depresivos
	Episodio depresivo sin especificación
Trastorno depresivo recurrente	episodio actual leve
	episodio actual moderado
	episodio actual grave sin síntomas psicóticos
	episodio actual grave con síntomas psicóticos
	actualmente en remisión
	otros trastronos depresivos recurrentes
	trastorno depresivo recurrente sin especificación
Otros trastornos del humor persis-tentes	ciclotimia
	distimia
	otros trastornos del humor persistentes
	trastornos del humor persistentes sin especificación
Otros trastornos del humor	Otros trastornos del humor recurrentes
	Trastorno depresivo recurrente breve
	Otros trastornos del humor sin especificación
Trastorno del humor sin especificación	

En nuestro estudio dentro de la categoría diagnóstica de Trastorno Depresivo hemos reclutado a pacientes con Trastornos del Estado de Ánimo que recibían los diagnósticos de Trastorno Depresivo Mayor Episodio Único y Recurrente y Trastorno Distímico; a este grupo hemos añadido además los Trastornos Adaptativos con estado de ánimo depresivo.

La prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos depresivos se estima entre el 10-25% en las mujeres y del 5-12% en los hombres (3,2,7). La prevalencia de recurrencia de este trastorno se encuentra entre el 23-28% de todos los casos de trastorno depresivo. La prevalencia del trastorno distímico en la vida se estima aproximadamente en un 6%. En conjunto podemos afirmar que la posibilidad de padecer un trastorno depresivo a lo largo de la vida es de más de un 30% aproximadamente un tercio de la población (3). En un estudio de la prevalencia de trastornos mentales en Sao Paulo en la vida del sujeto, en 12 meses y en un mes (2) obtuvieron prevalencias más bajas de los trastornos depresivos apareciendo cifras de 18,5% a lo largo de la vida, 7,6% en doce meses y del 5% en un mes.

La experiencia de ansiedad tiene dos componentes: la conciencia

de las sensaciones fisiológicas (palpitaciones, sudoración,...) y la conciencia de sensación de nerviosismo o temor. Además de los efectos motores y viscerales, la ansiedad afecta al pensamiento, la percepción y el aprendizaje. Tiende a provocar confusión y distorsiones de la percepción, no sólo de tiempo y espacio, sino también de personas y significado de episodios. Estas distorsiones pueden dificultar el aprendizaje al disminuir la concentración y el recuerdo, y deteriorar la capacidad de relacionar un tema con otro, es decir de establecer asociaciones.

El DSM-IV-TR (5) enumera doce trastornos de ansiedad:

Tabla 3: Clasificación DSM-IV-TR de trastornos de ansiedad
Trastorno de pánico con agorafobia
Trastorno de pánico sin agorafobia
Agorafobia sin antecedentes de trastorno de pánico
Fobia específica
Fobia social
Trastorno obsesivo-compulsivo
Trastorno de estrés postraumático
Trastorno por estrés agudo
Trastorno de ansiedad generalizada
Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica general
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
Trastorno de ansiedad sin otra especificación

En la CIE-10 (6), los trastornos neuróticos (ansiedad) se agrupan con trastornos relacionados con estrés y somatomorfos, debido a "su asociación histórica con el concepto de neurosis y la asociación de una proporción sustancial (aunque incierta) de estos trastornos con etiología psicológica". En la CIE-10, se describen como comunes mezclas de síntomas, sobre todo en variedades menos graves de estos trastornos, y hay una categoría para casos que no se pueden basar en un solo síndrome principal. (3). Las principales categorías diagnósticas de la CIE-10 de trastornos de ansiedad "neuróticos" son los trastornos de ansiedad fóbica (agorafobia, fobias sociales y fobias específicas); otros trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno mixto de ansiedad y depresión); y trastorno obsesivo-compulsivo (con pensamientos predominantemente obsesivos, actos predominantemente compulsivos o pensamiento y actos obsesivos mixtos). En la CIE-10, la reacción al estrés grave y los trastornos de adaptación se agrupan en una categoría, que se clasifica junto a los trastornos neuróticos y somatomorfos(6). Así aparecen los siguientes apartados:

Tabla 4: Clasificación CIE-10 de trastornos de ansiedad	
Trastornos de ansiedad fóbica	Agorafobia
	Fobias sociales
	Otros trastornos de ansiedad fóbica
	Trastornos de ansiead fóbica sin especificación
Otros trastornos de ansiedad	Trastorno de pánico
	Trastorno de ansiedad generalizada
	Trastorno mixto ansioso-depresivo
	Otros trastornos mixtos de ansiedad
	Otros trastornos de ansiedad especificados
	Otros trastornos de ansiedad sin especificación
Trastorno obsesivo-compulsivo	Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas
	Con predominio de actos compulsivos
	Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos
	Otros trastornos obsesivos-compulsivos
	Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación
Reacción a estrés grave y trastor-nos de adaptación	Reacción a estrés agudo
	Trastorno de estrés postraumático
	Trastornos de adaptación
	Otras reacciones a estrés grave
	Reacción a estrés grave sin especificación

En este trabajo se han considerado dentro del grupo diagnóstico de trastornos de ansiedad los siguientes trastornos: Trastorno de Pánico sin Agorafobia, Trastorno de Pánico con Agorafobia, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastornos Fóbicos, Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo o Trastorno de Ansiedad no Especificado, Trastornos por Estrés, Trastornos Adaptativos Mixtos y Trastornos Adaptativos con sintomatología predominante de ansiedad.

El *National Comorbidity Study* comunicó que una de cada cuatro personas cumplía con criterios diagnósticos para, al menos, un trastorno de ansiedad y que la prevalencia anual es del 17,7%. En los datos del Epidemiologic Catchment study se indica que aproximadamente un 15% de la población sufre un trastorno de ansiedad según el DSM-III-R en algún momento de su vida (8). La probabilidad de trastornos de ansiedad, como de trastornos depresivos, es más común en la mujer (prevalencia-vida del 30,5%) que en los hombres (prevalencia-vida del 19,2%) (3).Además de ser más frecuentes los trastornos de ansiedad en la mujer que en el hombre el porcentaje de recaída en las mujeres dobla al de los hombres (9). La prevalencia de los trastornos de ansiedad disminuye a medida que aumenta nivel socioeconómico

el nivel socioeconómico.(3)

En el estudio de Andrade et al. sobre una población de Brasil (2) se estimó la probabilidad de padecer un trastorno ansioso con una cifra de 12,5% a lo largo de la vida del sujeto, 7,7% en un período de doce meses y de un 6% si el período de probabilidad temporal se reduce a un mes.

En 1975, con la SADS y los RDC (Resarch Diagnostic Criteria), el estudio piloto comunitario de New Haven (10) obtuvo una tasa del 4,3%, incluyendo cualquiera de los diagnósticos RDC de trastorno de ansiedad. Como señala Weissman (10), es una tasa similar a la encontrada para la depresión mayor, también del 4,3%. Concretamente en el estudio de New Haven se desglosan los diferentes diagnósticos RDC en : 2,5% trastorno de ansiedad generalizada, 1,4% trastorno fóbico, 0,4% trastorno de angustia; aunque hay que señalar que la cifra está infraestimada ya que no se incluyeron los trastornos obsesivo-compulsivos.

Los trastornos de pánico con y sin agorafobia son relativamente infrecuentes con tasa que oscilan del 0,4 al 1,6%. Las fobias, la agorafobia y el trastorno obsesivo-compulsivo son también poco frecuentes, con tasas que van

del 1,2 al 5,8%, mientras que las fobias no especificadas y la ansiedad generalizada son muy frecuentes en la población general, alcanzando niveles del 19%. La prevalencia de todos los trastornos de ansiedad son más altas en las mujeres y entre los adultos jóvenes.(11)

En el estudio del curso clínico a largo plazo (12) de los trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y fobia social) durante doce años para observar su recuperación y su recurrencia se llega a la conclusión de que los trastornos de ansiedad son procesos insidiosos, con un curso clínico crónico con bajos porcentajes de recuperación y probabilidades relativamente elevadas de recurrencia. Por otro lado la presencia de trastornos psiquiátricos comórbidos disminuyeron las tasas de recuperación de los trastornos de ansiedad e incrementó la probabilidad de su recurrencia. El curso clínico, en conjunto, empeoraba por las diversas condiciones psiquiátricas comórbidas, incluyendo depresión, trastornos por uso de alcohol y sustancias. De entre los trastornos de ansiedad estudiados la fobia social es la que tiene menor probabilidad de recuperación.

Hay un solapamiento considerable en la sintomatología de varios trastornos ansiosos descritos en los sistemas clasificatorios (13-14). Esto podría

ser debido a los sistemas clasificatorios que aspiran a basarse en categorías basándose en la descripción de los síntomas (por ejemplo trastornos de ansiedad y trastornos afectivos); después de todo, todas las categorías incluidas dentro del grupo de ansiedad presentan grados variables de ansiedad(14). Desde ese punto de vista no es sorprendente que individuos que presenten ansiedad puedan cumplir criterios para más de un trastorno ansioso(15). Pero las categorías diagnósticas incluirían características definitorias que permiten la diferenciación entre las categorías y muestran diversas diferencias en su etiología, curso, pronóstico, elección de tratamiento o todos en conjunto (16).

Desde una perspectiva histórica, la controversia ansiedad/depresión fue constante en todo el siglo anterior. Formalmente se inicia en Inglaterra con la conocida disputa Maudsley frente a Newcastle (Kiloh, Garside, Roth, Kendell, Eysenck, etc.) a mitad de los años 1960. Aunque el contenido del debate fuera importante, ya que estaban en juego diversas cuestiones sobre la fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico, modelos etiológicos y, en definitiva, decisiones terapéuticas, las repercusiones en la clínica práctica fueron escasas (17).

En la psicopatología clásica, la depresión y la ansiedad se han considerado trastornos independientes, tanto a nivel etiológico como al terapéutico. No obstante ambos trastornos comparten síntomas no sólo entre sí, sino también con una amplia afección emocional de origen muy variable (17).

Tras revisar diez estudios controlados de pacientes con ansiedad y siete estudios de pacientes con depresión, Wetzler y Katz (18) concluyeron que el 50% de los casos presentaban síntomas de ambos trastornos simultáneamente. Aunque este solapamiento de síntomas se ha intentado explicar de diversas formas (coexistencia, trastorno mixto, comorbilidad, etc.) su naturaleza exacta se desconoce y sigue generando controversias (19).

En el estudio de New Haven (10) se encontró un solapamiento muy significativo entre trastornos de ansiedad y trastornos de ansiedad y depresión. Alrededor del 80% de los trastornos de ansiedad generalizada, el 17% de los trastornos de pánico y el 19% de las fobias tenían al menos otro diagnóstico de ansiedad. En cuanto al solapamiento con depresión mayor, alcanzó al 7% de los trastornos por ansiedad generalizada, el 2% de los pánicos y al 4% de las fobias. En los trabajos de Barlow et al (14) observan como en la mitad de los casos de fobia simple, fobia social y agorafobia fue asigna-

do un diagnóstico adicional. Esta proporción fue significativamente mayor en Trastorno de Pánico, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno Obsesivo-Compulsivo. En estos tres últimos diagnósticos, un gran porcentaje de casos tuvieron un diagnóstico adicional. Al menos dos tercios de los casos de Trastorno de Pánico recibieron otro diagnóstico y la mitad de los Trastornos Obsesivos-Compulsivos recibieron dos diagnósticos adicionales (14). Los diagnósticos adicionales que ocurren con más frecuencia son Fobia Social, Fobia Simple, Distimia y Depresión Mayor (14). La Fobia Simple aparecía como diagnóstico adicional en un 20% de la muestra, Fobia Social y Distimia en un 17% y Depresión Mayor en un 11%. Con este marcado solapamiento en la sintomatología, Barlow et al. se inclinan por considerar un análisis más dimensional para los trastornos de ansiedad. Datos similares fueron encontrados en diversos estudios (1,13,20) uno de ellos el de Sanderson et al . (13) observaron un 70% de comorbilidad en los pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad. Siendo así mismo la Fobia Social y la Simple los diagnósticos más frecuentemente asignados en cerca de un tercio de todos los pacientes (1,13,20,21). También un tercio de estos pacientes recibían un diagnóstico adicional de trastorno depresivo (Distimia o Depresión

Mayor). Los diagnósticos de ansiedad que recibían un diagnóstico adicional con más frecuencia eran el Trastorno por Ansiedad Generalizada en un 91% de los casos, seguido por el Trastorno Obsesivo-Compulsivo en un 83% y el 69% de trastorno de pánico. Los pacientes con un trastorno fóbico son los que tienen menos probabilidades de recibir un diagnóstico adicional (13). Porcentajes menores fueron encontrados en el estudio a gran escala realizado en el Center for Stress & Anxiety disorders (21) en el que se obtuvieron cifras de un 50% de los pacientes con un trastorno de ansiedad principal tenían al menos un trastorno adicional clínicamente significativo de ansiedad o depresión en el momento de su evaluación.

En ciertos casos la ansiedad y la depresión constituyen síndromes puros, pero frecuentemente se solapan, de tal forma que no es raro encontrar en la clínica depresiones con gran carga de ansiedad o cuadros de angustia empañados con sintomatología depresiva (22,23). Las dificultades para perfilar adecuadamente la cuestión son múltiples, especialmente si consideramos que tanto la ansiedad como la depresión están lejos de constituir entidades clínicas homogéneas (22).

La existencia de un solapamiento considerable en la sintomatología de pacientes que son diagnosticados con diferentes trastornos de ansiedad se ha demostrado en diversos estudios (1,13-14,24-37). Este solapamiento es visto tanto con los trastornos de ansiedad entre sí como de estos con los trastornos depresivos. Murphy et al. establecen una elevada y estable frecuencia con que se producen ambos fenómenos con unas cifras de un 12,5% aproximadamente (38). Es posible que la experiencia de la ansiedad debida a alguna causa sindrómica pueda disminuir el umbral para que un individuo experimente otros síntomas de ansiedad o trastornos afectivos (39). En el estudio multicéntrico de Goisman et al. (39) se observó que el Trastorno por Ansiedad Generalizada es el que con mayor frecuencia se solapa con

otros trastornos, por el contrario, el Trastorno de Pánico es que obtiene una menor tasa de solapamiento.

El solapamiento entre trastornos ansiosos y depresivos es , por tanto, frecuente, por lo que el humor depresivo no es raro en los estados de ansiedad y los síntomas ansiosos contaminan los cuadros depresivos; los límites entre la enfermedad depresiva y estado de ansiedad son arbitrarios y están mal definidos (40). Concretamente según Hamilton un 95% de depresivos presentan síntomas psíquicos de ansiedad y un 85% aquejan síntomas somáticos de la misma. Por el contrario, un 80% de ansiosos refieren humor depresivo (41). En otros estudios estas cifras han resultado ser algo menores, de esta forma en el trabajo de Leckman et al. sobre 133 pacientes depresivos diagnosticados de un trastorno depresivo mayor indicaron que el 58% de ellos tienen síntomas de ansiedad de pánico o ansiedad generalizada (42). Roth et al. (43) recogieron en su estudio un 65% de sintomatología depresiva en su muestra de ansiosos; así la irritabilidad, ansiedad agorafóbica leve, agitación e ideas de culpa eran síntomas comunes que no discriminaban entre angustiados y depresivos. Woodruff et al diagnosticaron de trastorno afectivo secundario a la mitad de una muestra de neurosis de angustia (44).

En la misma línea Clancy et al. (45) observaron que un 44% de pacientes con neurosis de angustia presentaban episodios depresivos, la mayoría como respuesta a circunstancias ambientales y de breve duración. En general este grupo tuvo peor ajuste social, requirió más hospitalizaciones y presentó trastornos más crónicos y severos. Un especial interés reviste el trabajo de Breier et al. (46) con una muestra de 60 pacientes, diagnosticados de agorafobia o trastorno de pánico, según criterios RDC. El 68% tenían historia anterior o actual de trastorno depresivo mayor y en 35 pacientes de este subgrupo (85%) las características de la población eran de tipo endógeno. Por otra parte, esa subpoblación con trastornos depresivos presentaban trastornos de ansiedad más severos y de mayor duración que el resto. Según los autores, si bien los resultados indican que hay un grupo de pacientes afectivos con trastornos de pánico, agorafobia y síntomas depresivos, concomitantes o no con el tiempo, se desconoce si representan trastornos separados o son representativos de una condición psicopatológica común. Se apunta la posibilidad de que la presencia de uno (por ejemplo trastorno de pánico) provoque el desarrollo del otro (por ejemplo depresión mayor), aunque con un estado patofi-

siológico diferente (disfunción noradrenérgica inicial que aboca a una disfunción serotoninérgica posterior).

En relación a esta posibilidad resulta interesante la sugerencia de Gersh y Fowles (47), sobre que la relación ansiedad-depresión varíe con el tiempo de evolución del cuadro, de forma que algunos depresivos presentan un estado ansioso inicial que gradualmente evoluciona hacia una depresión severa. De hecho Hays (48) ya describió en 1964 , entre las formas de inicio de las depresiones endógenas o psicóticas, una modalidad caracterizada por un comienzo gradual, con fenómenos neuróticos y ansiedad prominente, que se diferenciaba de los otros dos grupos (unipolares o bipolares de inicio depresivo duro) por la personalidad premórbida (ansiosa y obsesiva), los antecedentes de trastornos neuróticos y una respuesta más pobre a antidepresivos. Sin embargo, las relaciones temporales de los trastornos de ansiedad y los estados depresivos no están totalmente esclarecidos (22).

La dificultad de separar la ansiedad de la depresión viene ilustrada por el estudio de Woodruff et al. , en el que la mitad de los sujetos con neurosis de ansiedad se diagnosticaron de trastornos afectivos secundarios, pero se distinguían de las depresiones primarias sólo por las neurosis de angustia

preexistente no por las diferencias en los síntomas depresivos (44).

La existencia de solapamiento lleva consigo importantes implicaciones clínicas tanto de manejo en el resultado de la respuesta al tratamiento (1,13,27-28,49-52). En un estudio de Posternack y Zimmerman (53) sobre la prevalencia de síntomas atípicos en los trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad, vieron que cuando existió depresión mayor en presencia de trastorno de ansiedad comórbido, la probabilidad de presencia de características atípicas era el doble. Parece haber una fuerte asociación entre ansiedad y depresión atípica (53).

El solapamiento entre trastornos de ansiedad y depresión constituye uno de los temas más controvertidos de la psiquiatría actual (11). Vallejo y cols. (54) agrupa las diferentes tesis mantenidas en esta polémica en tres posiciones:

A) El modelo unitario: este modelo considera que ambos trastornos difieren cuantitativamente.

B) El modelo pluralista: este modelo se inclina por una diferencia cualitativa

c)) El modelo mixto: este modelo se inclina por un síndrome independiente ansiedad-depresión que se distancia del síndrome ansiedad a depresión primarios o puros.

Obviamente, existen datos que avalan cada una de estas posiciones, así como explicaciones plausibles a todas estas contradicciones (55). Clínicos relevantes han defendido cada una de estas posiciones. Así, Kendell (1974;1976) se ha inclinado por la consideración de unitaria o de continuum, en el que se integran todos los trastornos afectivos; mientras que (56) Roth y Montjoy (1982) apoyan el modelo binario, en el que ambos trastornos son considerados como independientes, a pesar de aceptar áreas de solapamiento. Desde la panorámica de las hipótesis unitaria o pluralista hay argumentos a favor y en contra de cada una de ellas. La posición unitaria viene avalada por el solapamiento de sintomatología de ambos síndromes, la falta de estabilidad en el diagnóstico (paso frecuente de ansiedad a depresión). La similitud de los pacientes con o sin depresión secundaria en varias variables, el desarrollo de depresión en pacientes con ansiedad crónica, la morbilidad familiar, la dificultad de separar dimensiones de ansiedad y depresión psico-

métricamente y la relativa falta de especificidad en la respuesta farmacógena. Por el contrario, la hipótesis binaria se va amparada por la diferenciación clínica de los estados de ansiedad y los trastornos depresivos, los cuestionarios, el curso y el pronóstico, la personalidad, la historia familiar, los datos biológicos y en cierta medida por una relativa respuesta farmacógena específica. Incluso datos clínicos, pronósticos y terapéuticos permiten defender la existencia de un grupo mixto ansiedad-depresión independiente de los estados depresivos y ansiosos puros (22).

Fava et al. (27) hablan de "depresión ansiosa" definida como cualquier depresión con altos niveles de síntomas de ansiedad (aproximación dimensional) o depresión con un trastorno de ansiedad comórbido o co-ocurrente (aproximación sindrómica). Ansiedad, nerviosismo y sus correlatos somáticos son síntomas comunes entre los pacientes que sufren depresión mayor. Definieron esta depresión mayor con altos niveles de ansiedad (depresión ansiosa) como un subtipo común de depresión asociada con un mayor deterioro psicosocial y una peor respuesta al tratamiento antidepresivo (57). En el estudio de Fawcett & Kravitz (37) mostraron que pacientes con depresión informaron de altos porcentajes de excesiva inquietud (72%), ansiedad psí-

quica (62%) y ansiedad somática (42%). El uso de una aproximación dimensional para definir la depresión con altos niveles de síntomas de ansiedad se encontró que estaba asociado con una mayor severidad de la enfermedad (33), así como mayor deterioro funcional (33,57), cronicidad (27,58), respuesta retrasada al tratamiento (50) y un riesgo incrementado de suicidio (27,51). Además los síntomas residuales de ansiedad se han informado que están asociados con un mayor riesgo de recaída en pacientes con depresión (48,59).

El hecho de padecer una depresión ansiosos respecto a aquellos sin ansiedad se relaciona con una mayor edad, desempleados, una menor escolarización y una mayor severidad en los síntomas (27). Se podría postular que la depresión ansiosa puede impedir el funcionamiento laboral y escolar resultando en un estado sociodemográfico más desaventajado (27). Los individuos con depresión ansiosa tenían significativamente más probabilidad de confirmar items concernientes a Trastorno por Ansiedad Generalizada, Trastorno de Pánico, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastorno por Estrés Postraumático, Agorafobia, Hipocondriasis y Trastorno Somatoforme (27). Por otro lado, se vio que pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad con depresión comórbida presentaban una mayor psicopatología (60-61), menores pro-

babilidades de responder a antidepresivos convencionales (62) así como a terapias con placebo (63) y menores probabilidades de recuperación tras un período de seguimiento a dos años (60) que los pacientes sin depresión comórbida.

Gersh y Fowles (52) describen la existencia de un subgrupo ansioso-depresivo, diferenciado de las depresiones y de los estados de ansiedad puros. Este constituye un subgrupo clínico relativamente independiente, de curso crónico, pocos desencadenantes, escasa reactividad a los eventos ambientales y peor respuesta al placebo y a la medicación antidepresiva que otros grupos depresivos, neuróticos o psicóticos.

Otro término con gran importancia en la explicación del concepto de solapamiento de los síntomas ansiosos y depresivos es el de "cotimia"(63). Aunque ha habido una mejor actividad diagnóstica entre las condiciones formalmente incluídas debajo del rúbrico general de neurosis en los últimos 20 años, hay una pequeña evidencia de que muchos nuevos diagnósticos

(Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Pánico, Trastorno de Ansiedad Social y Trastorno Distímico) han ayudado a los clínicos y mejorado la estabilidad de esos diagnósticos. Esto es en gran parte debido a que la gran comorbilidad entre estos diagnósticos anula muchos de los intentos de separación y esto sostiene que el núcleo de la neurosis es el trastorno ansioso-depresivo o cotimia combinados significativamente con trastornos de personalidad (63).

En el estudio de Zimmerman et al. (64) se estima la prevalencia de la presencia de comorbilidad en trastornos depresivos. Llegan a la conclusión de que la mayoría de los pacientes con depresión mayor tienen un trastorno comórbido a la vez, especialmente de un trastorno ansioso; estimaron la prevalencia de la presencia de comorbilidad en un 64,1%; e incluso más de un tercio de ellos padecían dos o más trastornos comórbidos. Los trastornos de ansiedad, como grupo, resultaron ser los trastornos comórbidos más frecuentes apareciendo en el 56,8% de la muestra y entre ellos el trastorno individual más frecuente fue la fobia social. Prevalencias similares son reflejadas en otro estudios como el de Fava et al. (32) que investiga la prevalencia y el impacto de la comorbilidad de los trastornos ansiosos en la depresión mayor. Los

diagnósticos de trastornos de ansiedad comórbidos estaban presentes en el 56,6% de estos pacientes apareciendo, al igual que en el estudio anterior la fobia social como el diagnóstico individual mas frecuente en un 27% de la muestra. Se observó así mismo que los pacientes con trastornos de ansiedad comórbidos tendían a ser más jóvenes en el episodio índice.

DiNardo y Barlow (65) opinan que una aproximación muy provechosa para examinar el impacto de la comorbilidad a nivel diagnóstico es el desarrollo y la valoración de la evaluación de la aproximación dimensional de la medida de varios síntomas que parecen ser características llave (síntomas definitorios o esenciales) o características comunes (afecto negativo) de los trastornos de ansiedad. Aproximaciones parecidas producirían perfiles diagnósticos que pueden facilitar una variedad de esfuerzos que incluyen la identificación de síntomas o modelos sintomáticos que predicen respuesta a tratamiento o el curso del tratamiento y los síntomas que responsables o resistentes de los tratamientos existentes psicosociales y farmacológicos. Debido a esta aproximación sería conveniente, según Brown and Barlow (1), la evaluación del síntoma más que un estudio a nivel sindrómico, las propiedades psicométricas de las medidas usadas para evaluar esas características lle-

garían a un resultado de hasta mayor importancia. Por ejemplo hay quienes afirman que muy pocos síntomas distinguen consistentemente los pacientes ansiosos y depresivos (66).

Otra línea de investigación sugiere que la comorbilidad de los trastornos del humor con trastornos de ansiedad afecta de manera negativa al resultado; así los casos mixtos ansiosos-depresivos se encontró que tenían un curso más crónico, eran más refractarios al tratamiento y estaban asociados con más frecuencia a trastornos de la personalidad (67).

Debido a las grandes dificultades existentes para delimitar la sintomatología y el gran solapamiento existente entre cada una de las formas, en este trabajo se ha tratado de estudiar la aparición de cada una de la sintomatología más frecuentemente acontecida tanto entre los trastornos ansiosos como depresivos, así como su relación con el consumo de alcohol, rasgos de personalidad, soporte socio-familiar y acontecimientos vitales. Para ello se han utilizado una serie de instrumentos psicométricos que nos permiten valorar la frecuencia de presentación de cada uno de estas características.

VALORACIÓN Y TASACIÓN DE LA CLÍNICA ANSIOSA Y DEPRESIVA

En nuestro trabajo partimos de una muestra de pacientes diagnosticados de un trastorno de ansiedad o de depresión, en ellos es de esperar la aparición de clínica de ansiedad y de depresión. Para realizar un estudio es necesario la cuantificación y la tasación de la clínica presentada por cada paciente.

EVALUACIÓN DE LA CLÍNICA DEPRESIVA

Las escalas de evaluación son instrumentos diseñados con la finalidad de asignar valores numéricos a la sintomatología clínica.

El uso de los distintos instrumentos de evaluación nace de la necesidad de la psiquiatría moderna de comunicar experiencias científicas con una alta fiabilidad.

La mayor parte de las escalas utilizadas actualmente basan su validez de contenido en los criterios propuestos por Thompsom (68) y que , con algunas modificaciones, incluyen el humor depresivo, la ansiedad, los síntomas

motores, los síntomas cognitivos, la alteración en el funcionamiento social y los síntomas vegetativos.

Dada su facilidad de uso y evaluación, las escalas más utilizadas en la práctica clínica son las escalas autoadministradas que se utilizan para determinar la incidencia y gravedad de la sintomatología depresiva (11). Los autoinformes evitan los problemas derivados de la subjetividad de los observadores (69) y además permiten realizar un diagnóstico sindrómico de forma rápida y explorar grandes poblaciones en poco tiempo (11). Dentro de las escalas autoadministradas destacan por ser las más utilizadas el Inventario para la Depresión de Beck, la Escala de Zung para la Depresión y la Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos.

Aunque se han propuesto multitud de escalas heteroadministradas para la evaluación de la sintomatología depresiva, en la actualidad las dos escalas de referencia en protocolos de investigación y en la práctica asistencial son la HDRS para la Depresión y la Escala de Montgomery y Äsberg (11).

La HDRS es la escala de depresión más utilizada; se diseñó para obtener una medida de intensidad o gravedad de la depresión en pacientes en

quienes se ha diagnosticado un trastorno depresivo (70); no es un instrumento de detección o diagnóstico.

Estas dos escalas son utilizadas principalmente en los protocolos clínicos para evaluar la respuesta terapéutica (11).

Otras escalas utilizadas en la evaluación de la clínica depresiva son la Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg, la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, la Escala de Depresión de Calgary y la Escala de Ansiedad-Depresión en Hospital. En este trabajo, la escala utilizada con el fin de evaluar la sintomatología depresiva es el Inventario para la Depresión de Beck.

EVALUACIÓN DE LA CLÍNICA DE ANSIEDAD

Como se veía al estudiar la evaluación de la clínica depresiva, la mayoría de las escalas que evalúan los estados de depresión evalúan al mismo tiempo la clínica de ansiedad.

Dentro de las escalas más utilizadas en la actualidad para evaluar la clínica de ansiedad se encuentran la Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg, Escala Heteroaplicada de Ansiedad de Zung, Escala de Ansiedad de Hamilton, el Inventario de Ansiedad de Beck, el Cuestionario de Screening de Ansiedad y la Escala de Ansiedad-Depresión en Hospital.

Existen además escalas que evalúan diagnósticos específicos de trastornos de ansiedad como es el Cuestionario de miedos para evaluar conductas fóbicas en general; el Inventario de Movilidad para Agorafobia, Escala de Evitación y Angustia Social, Inventario de Fobia social de Liebowitz, Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow e Inventario de Agorafobia para evaluar distintos tipos de trastornos fóbicos; el Inventario Obsesivo-Compulsivo de Maudsley y la Escala de Obsesión-Compulsión de Yale-Brown para evaluar la presencia e intensidad del trastorno obsesivo-compulsivo; y la Escala de Trauma de Davidson, el Cuestionario para Experiencias Traumáticas, el

TOP-8 y el Indice Global de Duke de Mejoría del TPET que evalúan el trastorno por estrés postraumático.

En este trabajo se ha utilizado, como instrumento psicométrico en la evaluación de la clínica depresiva, la Escala de Ansiedad-Depresión Hospitalaria (HAD).

ACONTECIMIENTOS VITALES

La presencia-ausencia de sucesos, experiencias o situaciones estresantes en relación con los diferentes cuadros clínicos, tiene una larga historia en psiquiatría así se ha comprobado como el acúmulo de sucesos vitales estresantes es favorecedor del desarrollo de estados patológicos (71). El estrés se define como una respuesta automática del organismo ante situaciones que exigen mayor esfuerzo de lo ordinario o en las que puede suceder algo peligroso, nocivo o desagradable y cada individuo tiene una reacciones características ante él (72). Las exigencias adaptativas ejercidas sobre el organismo se corresponden con modificaciones en el equilibrio homeostático, cuya persistencia o intensidad puede superar los dinteles entre los cuales la salud es posible (73).

En sus estudios Rahe et al. en 1964 estableció que el grupo de acontecimientos vitales que requieren cambio continuo en el ajuste vital está significativamente asociado con el momento del inicio de la enfermedad. Igualmente, la relación de lo que ha sido llamado "estrés vital", "estrés emocional",

"pérdida de objeto", ... e inicio de enfermedad ha sido demostrado por otros investigadores (74-78). Se deduce desde esos estudios que el grupo de acontecimientos vitales o sociales alcanzan una significancia etiológica como causa necesaria pero no suficiente de enfermedad y tiene importancia en parte para el momento del inicio de la enfermedad (79).

CONCEPTO DE ESTRÉS

El primer uso del término estrés se remonta a los trabajos de W. Cannon (1911) cuando describió la "Reacción de lucha o huída" o respuesta aguda del organismo a toda situación percibida como peligrosa, y en la que juega un papel importante la liberación de catecolaminas. Estrés era para Cannon el estímulo capaz de desencadenar dicha reacción (71). Posteriormente definió el concepto "homeostasis" como el conjunto de procesos por los que el organismo mantiene la constancia de su medio interno y aplicó el término estrés a los factores del medio cuya influencia exige un esfuerzo inhabitual de los mecanismos homeostáticos (80).

En 1936, H. Selye describió el Síndrome General de Adaptación y defi-

nió el estrés como “respuesta inespecífica del organismo a toda exigencia hecha por èl”(81).

Posteriormente el concepto de estrés ha sido aplicado cada vez más al campo psicológico. Así, Engel (1962) definió el “estrés psicológico” como “todo proceso originado tanto en el ambiente exterior como en el interior de la persona, que implica un apremio o exigencia sobre el organismo, y cuya resolución o manejo requiere el esfuerzo de los mecanismos psicológicos de defensa antes de que sea activado ningún otro sistema”(82).

Una modificación importante en el concepto de estrés se debe a Mason (83), quien puso en duda la supuesta especificidad de la reacción de estrés de Selye, demostrando experimentalmente que diferentes circunstancias estresantes son susceptibles de evocar distintas respuestas endocrinas. Según Mason, es la interpretación de un estímulo como nocivo, peligroso o desagradable, lo que determina la respuesta al estrés, y no necesariamente el estímulo en sí. No solamente la naturaleza o exageración de un estímulo puede ser estresante, sino que también la ausencia de estímulos puede desencadenar una reacción al estrés, tal como lo demuestran los estudios de Tygranyan et al sobre la deprivación sensorial (84).

En un intento de integrar estas teorías González de la Rivera (85) enuncia la "Ley general del estrés" de la siguiente manera "cuando la influencia del ambiente supera o no alcanza las cotas en las que el organismo responde con máxima eficiencia, este percibe la situación como nociva, peligrosa o desagradable, desencadenando una reacción de lucha o huída y/o una reacción de estrés con hipersecreción de catecolaminas y cortisol. En otro trabajo (86) elabora un modelo de la relación entre estrés y enfermedad que se puede resumir diciendo: en su estado de funcionamiento idóneo, el organismo mantiene un equilibrio homeostático, cuya alteración prolongada se acompaña de manifestaciones sintomáticas de orden fisiológico y/o psicológico.

Cohen (87) define el estrés percibido como el grado en que las situaciones de la vida de uno son valoradas como impredecibles, incontrolables y sobrecargantes. Así se vio en estudios posteriores como el elevado estrés percibido se encontró relacionado con la depresión mientras un nivel moderado de estrés percibido se relacionó con los estados de ansiedad (88).

Diversos investigadores han demostrado que el estrés y depresión forman un círculo vicioso donde uno agrava al otro (89-90). De acuerdo con Wheatley (91), cuando el estrés es muy duradero, la depresión puede desa-

rrollarse insidiosamente bajo la capa de síntomas de estrés crónico, mientras la depresión inhibe la habilidad de hacer frente al estrés.

DESARROLLO HISTÓRICO

A partir de A. Meyer (92) los acontecimientos, sucesos y experiencias vividas e integradas en una biografía dinámica adquieren una importancia real dentro de una concepción de la psiquiatría tendente a englobar los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales en los diferentes modos del enfermar psíquico (93). Por tanto, es en Estados Unidos alrededor de los años 30, donde se formula la hipótesis de una ligazón directa entre diversas clases de acontecimientos precisos y estresantes, originados en el ambiente próximo, y la enfermedad como reacción global (biopsicosocial) ante los estímulos (93). La invención de A. Meyer (94) de la tabla vital como dispositivo para organizar los datos médicos como una biografía dinámica proporcionó un método único para demostrar su esquema de la relación de los fenómenos biológicos, psicológicos y sociológicos para el proceso de salud y enfermedad en los hombres (79).

Las primeras investigaciones sistemáticas sobre el papel patógeno de ciertos sucesos y acontecimientos ambientales precisos aparecen de nuevo en Estados Unidos al comienzo de los años 50 y coincidiendo con el auge de la corriente psicosomática en medicina. Estas primeras investigaciones se realizan sobre enfermedades somáticas en un intento de concretizar el papel de los "estrés ambientales" en su génesis y evolución (93).

Wolf (95) reconsidera las concepciones de Adolph Meyer integrando elementos directamente freudianos y sobre todo las teorías psicofisiológicas de Paulov matizadas bajo la óptica de Cannon y Skinner (6). La hipótesis que subyace en sus estudios es aquella que otorga un papel etiológico al *stress* de determinados acontecimientos y experiencias ambientales cuando este acontece en un terreno predispuesto. Así, un suceso que tenga un impacto sobre el sujeto originará una reacción fisiológica de protección: si esta reacción es exagerada y de suficiente intensidad en el tiempo, ocasionará alteraciones permanentes y daños de relativa independencia posterior con el acontecimiento desencadenante (6).

Existen numerosos estudios de tipo epidemiológico que relacionan el

incremento de factores externos de estrés en una población determinada con un aumento subsecuente del índice de trastornos patológicos en la misma, de manera al parecer inespecífica (96-99). De manera retrospectiva, algunos autores han descrito los efectos de experiencias estresantes específicas (100-101). Mientras que la interpretación de estos estudios es relativamente sencilla en el caso de desastres o catástrofes que afectan conjuntamente a una población extensa, el estudio de los factores externos del estrés resulta más difícil en una población sometida a diferentes experiencias individuales (72).

Estos hallazgos fueron acogidos con gran interés por los estudiosos de la patología psicosomática, donde, a pesar de la escasa estandarización de los métodos empleados y la heterogeneidad de la población estudiada, se lograron mostrar fuertes correlaciones entre experiencias vivenciadas con *stress* y la aparición de una enfermedad. Así, el desarrollo histórico posterior de las investigaciones queda en gran parte ligado a las concepciones psicosomáticas y ,es en este ambiente, donde de manera progresiva se perfilarán los matices metodológicos que marcarán las investigaciones hasta nuestros días (93).

INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Los primeros pasos en la estandarización conducen a la creación de listas de sucesos. *The Schedule of Recent Experiencies*, de Hawkins y cols. (102), nacida de estudios sobre grupos de tuberculosos, será el primer intento de construcción de listas de experiencias biográficas. Asimismo Holmes y cols. (103) realizan las primeras tentativas de estudio de los factores psicosociales y psicofisiógicos con el objetivo de establecer una cuantificación del impacto que sobre el enfermo provoca un suceso o experiencia vivencial determinada (93).

The Social Readjustment Rating Scale, de Holmes y Rahe (79), basada en trabajos anteriores (102-104), será la matriz común para la mayor parte de las escalas y continúa siendo utilizada, bien en su forma original o en las numerosas modificaciones que han ido apareciendo a partir de los 43 items primitivos. Construida como elemento de cuantificación para estudios epidemiológicos en patología general, sus modificaciones se orientarán hacia los aspectos cualitativos, Aparecen los conceptos de experiencia deseables y no deseables (105), socialmente negativas y positivas (106), de entrada o salida del campo social (107), de ganancia o pérdida (108), de experiencia amenazante

(109), de responsabilidad social introyectada (108) y de impacto global (110). En esta escala una serie de acontecimientos vitales estresantes recibe una puntuación relativa al grado de cambio vital y esfuerzo de readaptación necesario tras ser experimentados. Las puntuaciones resultantes han sido denominadas por Rahe como "unidades de cambio vital" (Life Change Units, LCU), y varios estudios transculturales han demostrado una sorprendente consistencia de estas valoraciones en poblaciones tan diferentes como Japón (111), Estados Unidos, Escandinavia (112), España (113) y Sudamérica (114). En esta escala Holmes y Rahe aportan un avance menor como es la consideración de cambios en la organización de la vida, por mínimos que sean, de manera conjunta y aditiva como factores externos de estrés, y un paso revolucionario como es la cuantificación de diversas experiencias de cambio vital mediante el establecimiento de un baremo relativo al desajuste que inducen en la vida del que las sufre (115).

Aunque las críticas de la metodología de Holmes y Rahe han sido muchas (116), las confirmaciones positivas de sus trabajos iniciales relacionando elevadas puntuaciones de cambio vital con aparición de estados patológicos, tanto somáticos (117-119) como psíquicos (93,120-121) son suficientemente

importantes como para reconocer que existe un fenómeno "sucesos vitales" en la predisposición a enfermar, de la misma manera que Schmale y Engel han demostrado la existencia de un fenómeno "giving up" en las modificaciones negativas de los estados de salud (122-123).

Los cuestionarios posteriores difieren por el número de items (17 en Dryer y cols (124); 300 de Haynes y cols (125)), por sus concepciones y por los métodos de cuantificación. Asimismo algunas escalas incluyen variables sociodemográficas y comportamentales (125).

Especialmente bien establecida, la *Review of life Experience*, de Hurts y cols (126), incluye en sus 103 items 39 de la escala de Holmes y Rahe y 52 de la de Paykel y col (127).

Por otra parte, los métodos de análisis y cuantificación difieren sustancialmente del primitivo de Holmes y Rahe. Así, se han establecido nuevos criterios cuantitativos (106-107,127) relacionados con los conceptos de deseable-indeseable, entrada-salida, cambio-readaptación social, ganancia-pérdida, respectivamente.

RELACIÓN DE LA CLÍNICA DEPRESIVA CON LOS ACONTECIMIENTOS VITALES

Desde los primeros estudios en los años sesenta de Holmes y Rahe (115), los acontecimientos vitales estresantes han sido un foco mayor de la epidemiología psiquiátrica. Numerosas investigaciones han encontrado una correlación entre la ocurrencia de acontecimientos vitales estresantes y el inicio subsecuente de un episodio de depresión mayor (128-131).

Los primeros estudios epidemiológicos de Myers y cols (132) mostraron una correlación positiva alta entre el estado mental y el número de acontecimientos y experiencias sufridas en el año precedente al estudio: de esta manera, a mayor número de hechos o sucesos experimentados por el paciente correspondía a una sintomatología psiquiátrica más florida. Investigaciones posteriores (106,117,119,133-138) han confirmado la relación entre experiencias sociobiográficas y sitomatología psiquiátrica en la población general. Esta relación queda definida por diversos puntos:

a) El número significativamente mayor de experiencias sociales en aquellos sujetos en los que se detecta una sintomatología psiquiátrica

b) La relación positiva entre el número de acontecimientos vitales vividos y la cuantificación de la sintomatología

c) La inespecificidad en el tipo de experiencias vividas como desencadenante de una sintomatología psiquiátrica determinada (139)

d) La interacción con otras variables sociales (de trabajo, presencia de niños pequeños en el hogar, clase social)

e) Una tendencia a relacionar la vulnerabilidad a ciertas experiencias y un determinado tipo de personalidad (93).

En los estudios de Paykel (96,107) sobre las depresiones se vio que el número de sucesos y acontecimientos estresantes es tres veces superior en los seis meses que anteceden al primer cuadro depresivo que en el grupo control; asimismo es tres veces superior en aquellos depresivos que hacen una recaída respecto a los que no la hacen, siendo los tres meses que la anteceden donde se localizan la mayor parte de los stress (140).

Por otro lado el hecho de padecer un mayor número de acontecimientos vitales estresantes induce una mayor gravedad en la clínica depresiva (117); así se ha visto como en sujetos con antecedentes de intentos de suicidio

estos informaron de un mayor número de sucesos estresantes (117,139,141-144). Además se ha relacionado los acontecimientos estresantes con sintomatología específica como es el insomnio, de esta forma se vio que durante el año en el que se inicia el insomnio, los pacientes con insomnio crónico experimentan un mayor número de estresores (145-147).

Estudios más recientes como el de Paykel en 1994 (148) observan que las comparaciones de los acontecimientos vitales recientes en el inicio depresivo y en los controles de la población general muestran porcentajes de acontecimientos consistentemente elevados. Los acontecimientos generaron una serie de experiencias amenazadoras e indeseables, con selectividad limitada. Los efectos son similares en los cuadros sintomáticos endógenos y no endógenos, y hubo hallazgos sugestivos en trastorno bipolar. Los acontecimientos están también relacionados a los resultados y a las recaídas. Los acontecimientos vitales también afectan a la remisión y recaída de la depresión (139).

Además los estudios de comorbilidad han encontrado que los pacientes con otro diagnóstico primario que también están deprimidos tienen porcentajes mayores de acontecimientos vitales precedentes que aquellos con

solo un diagnóstico primario (139); se ha visto en adictos a la heroína (149), alcohólicos (150) y pacientes esquizofrénicos(151).

Actualmente parece incuestionable la relación etiopatogénica entre los trastornos afectivos y determinadas circunstancias psicosociales estresantes denominadas habitualmente acontecimientos vitales (152). En algunos estudios epidemiológicos (153-155) se ha comprobado que los sujetos que sin tener una depresión clínicamente definida presentaban síntomas depresivos habían padecido con más frecuencia que los "no casos" acontecimientos vitales en los meses previos.

Aproximadamente una proporción del 30% de los episodios depresivos no son precedidos de acontecimientos vitales estresantes (148). Los acontecimientos vitales se han encontrado más relacionados más fuertemente con el primer o segundo episodio de depresión que con episodios más tardíos que aparecerían con una mayor independencia a los eventos estresantes (156-157).

Los acontecimientos vitales estresantes, por tanto, precipitan la aparición de clínica depresiva (158-160), favorecen la aparición de recaídas (158), se puede predecir mediante ellos el tiempo de aparición de una recaída (158)

y son considerados en algunos estudios como el mejor predictor de la clínica depresiva durante el período de seguimiento a largo plazo (158).

La relación entre acontecimientos vitales estresantes y depresión parece clara en este punto, lo que es menos claro es la naturaleza de la relación entre ellos. Este problema se ha incrementado mediante dos vertientes. En primer lugar numerosos estudios han mostrado que la exposición a acontecimientos vitales estresantes está influenciado por factores genéticos, que quizá sean el reflejo de unos rasgos de personalidad determinados. Los individuos no experimentan acontecimientos vitales estresantes al azar; más bien, algunos individuos tienen una tendencia estable a seleccionar ellos mismos situaciones con una alta probabilidad de producir acontecimientos vitales estresantes. Por otro lado, los factores de riesgo genético para los acontecimientos vitales estresantes están positivamente relacionados con los factores de riesgo genéticos para la depresión mayor. Esto es, grupos genéticamente influenciados de rasgos que incrementan la probabilidad de los individuos de seleccionarse a ellos mismos dentro de medios de alto riesgo que con frecuencia producen acontecimientos vitales estresantes e incrementa su vulnerabilidad de depresión (131).

Los estudios de otros trastornos como los trastornos de ansiedad muestran un similar rango de eventos implicados, pero con algunas diferencias (145,161).

APOYO SOCIAL

El funcionamiento social define las interacciones del individuo con su medio y la habilidad de realizar su rol en los distintos medios como trabajo, actividades sociales y relaciones con la pareja y familia (172).

Cobb definió el apoyo social como la información que el sujeto maneja para creer que es cuidado y amado, y pertenecer a una red social de comunicación y obligación mutua (173). House (174) sugirió que el apoyo social desarrolla aspectos emocionales, ayuda instrumental, información, y valoración (información relevante para la auto-evaluación).Es probable que mucho del apoyo social esté derivado de atributos personales, reflejando la capacidad de los individuos de desarrollar redes sociales y formar y mantener relaciones íntimas (148).

Hay una clara asociación entre el pobre apoyo social y depresión aunque el origen y mecanismo de la asociación no está aún clara (148,175). La ausencia de apoyo social parece estar asociado con el inicio y recaída de la depresión, ambos actúan independientemente y modificando efectos de

acontecimientos vitales. Los hallazgos del estrés social además tienen implicaciones para la prevención (148) de igual manera la falta de apoyo social mientras los individuos están deprimidos predice subsecuentemente un pobre resultado (148). Diversos estudios muestran una clara asociación entre la ausencia de apoyo social extensamente definido y distrés psicosocial o trastorno (72,176-177). Así el apoyo social media o sirve como amortiguador entre los acontecimientos vitales y el distrés psicológico (7,178-179). Por otro lado, es ampliamente reconocido que la enfermedad mental mayor deteriora el funcionamiento diario (180-181).

Los efectos de los acontecimientos vitales e interacciones con el apoyo social puede tener implicaciones prácticas, particularmente respecto a la prevención (139,148). La prevención en relación a los acontecimientos vitales requiere un realismo cuidadoso (182).

El apoyo social se ha visto que se encuentra en relación con las características de la personalidad del sujeto; así la gente con bajo apoyo social presenta rasgos de personalidad rígidos y autoritarios (183).

ADAPTACIÓN SOCIAL Y CLÍNICA DEPRESIVA

El apoyo social también es definido en función de las características estructurales de una red social y disponibilidad percibida de recursos y es conceptualizado como un influenciador entre el estrés y la depresión (184-188). De esta manera, el apoyo social es visto como como capaz de aumentar la habilidad de la persona para hacer frente al estrés o para aliviar el impacto de los acontecimientos estresantes en el individuo; en este caso el apoyo social es visto como un factor moderador del estrés. En esta línea, en el estudio de Plaisier et al (91) el apoyo social protegió de la incidencia de trastornos ansiosos y depresivos. Por otro lado, el modelo social-cognitivo (189) influenciado por las ataduras, interacción simbólica y teorías cognitivas, hipotetizan que el apoyo social promueve el bienestar de una manera independiente al estrés o del nivel de estrés. Los estudios de investigación basados en este modelo se focalizan en un efecto directo del apoyo social. Además, algunos investigadores postularon que el apoyo social tiene un efecto mediador, proponiendo que los acontecimientos estresantes desencadenarían la movilización del apoyo social que contribuye a mantener la salud y el bienestar (190).

En resumen, hay tres líneas principales que tratan de explicar la relación entre el apoyo social, los acontecimientos estresantes y la aparición de clínica depresiva. Se puede ver el efecto del apoyo social con un efecto moderador, con un efecto mediador o con un efecto directo sobre la salud mental (188).

El desajuste social asociado a los pacientes depresivos se halla bien documentado y supone uno de los aspectos más limitantes de su funcionamiento global (191-192). Los trastornos depresivos están frecuentemente asociados con un deterioro importante en el funcionamiento social, a menudo sustancialmente peor que el experimentado por pacientes con otras patologías médicas crónicas (193). El enorme impacto personal, social y económico de la depresión debido en gran medida al deterioro asociado al funcionamiento social es a menudo sub-apreciado (193). Además se ha visto que la eficacia en el alivio de los síntomas diana de la depresión no necesariamente garantiza la eficacia en el alivio del deterioro del funcionamiento social (193). De esta forma, existe un reciente incremento en el uso del funcionamiento social como una medida ambulatoria en el ensayo clínico de los antidepresivos (194). Así la recuperación de la depresión requiere no sólo la resolución de los síntomas

depresivos sino también una mejoría en la interacción del individuo con el medio (195-196).

Leader y Klein (195), en sus estudios sobre pacientes con depresión mayor episódica, distimia y doble depresión concluyeron que el predictor más fuerte de deterioro funcional en estos pacientes es la sintomatología depresiva actual.

La mayoría de los pacientes con depresión sufren episodios recurrentes; los factores como un bajo nivel de apoyo social, mal ajuste en actividades sociales y de ocio, y pobre calidad de las relaciones con la familia extendida se han sugerido como predictores de la recurrencia de la depresión (197).

INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Las clasificaciones oficiales de las enfermedades mentales reflejan un interés creciente en la evaluación funcional (198). La APA-DSM primero incluyó una valoración del funcionamiento en el eje V en 1980 (DSM-III) y subsiguientemente añadió una escala separada de Valoración Global del Funcionamiento en 1994 (DSM-IV). La OMS ha desarrollado un sistema de clasificación separado para el deterioro, incapacidades y consecuencias sociales de las enfermedades. Un estudio del National Institute of Mental Health (NIMH) recomendó continuar el desarrollo de instrumentos de valoración del funcionamiento como un intento de medida de la carga económica y social de las enfermedades mentales.

El análisis de (la función social surgió desde el interés creciente en la medida de las consecuencias de la depresión y de la terapia antidepresiva (172). El deterioro a menudo persiste mucho después de la resolución de los síntomas con la farmacoterapia, y no es extensamente evaluada por las tradicionales escalas de medida de la intensidad de síntomas depresivos (172). De esta forma, han sido desarrolladas nuevas escalas para valorar el funcionamiento social.

El conocimiento de la importancia del funcionamiento social en la depresión estimuló el desarrollo de escalas de medición del deterioro en el funcionamiento social de los pacientes. Las escalas fueron diseñadas para valorar los factores como dinamismo, motivación y sociabilidad. Inicialmente, se desarrollaron en el formato de entrevistas estructuradas (199); sin embargo tuvieron la desventaja del sesgo potencial del entrevistador. Mientras el psiquiatra está en una posición de evaluar al paciente dentro de los confines de un hospital o consulta ambulatoria, no puede evaluar fácilmente las acciones o conductas del paciente en el día a día social y las interacciones en el puesto de trabajo. Sin embargo, es de suma importancia para el paciente , y así, la evaluación desde la perspectiva del paciente fue considerada la apropiada. Aún así, cuando consideramos los resultados de las auto-evaluaciones debería tenerse en cuenta que los pacientes depresivos tienden a ser completamente pesimistas (200).

Las escalas autoaplicadas incluyeron el Personal and Social Network Adjustment Scale (PSNAS) (201) y el Community Adaptation Schedule (CAS) (202). Estas escalas estaban limitada en cobertura; por ejemplo la PSNAS no evaluaba específicamente el rol marital o parenteral y no cubría

adecuadamente las áreas de ajuste social (203). Inversamente otras eran excesivamente complejas; el CAS por ejemplo es un cuestionario de 217 items que requiere un considerable grado de alfabetización y entre 30 y 60 minutos para completarlo (172).

El 36-item Short-Form (SF-36) fue diseñado para autoadministración por el Medical Outcomes Study (MOS) (204) y da una buena valoración de la calidad de vida del paciente, incluyendo el funcionamiento social pero también cubre el funcionamiento físico.

El Structured and Scaled Interview toAssess Maladjustment (SSIAM) desarrollado por Gurland et al fue originalmente intentado usar como medida de resultado de psicoterapia.

APOYO FAMILIAR

En atención primaria existen a diario motivos de consulta que se escapan a patrones preestablecidos. Son la puesta en escena de sintomatología crónica o mental sin base orgánica, o, si existe, basada en una persistencia inusual en su expresión clínica. En muchas de estas ocasiones subyace un trasfondo de disfunción familiar, siendo esta situación la que trasciende a través de la entrevista clínica en la consulta diaria (205).

El entendimiento de la función familiar es un aspecto muy importante del cuidado del paciente para la salud mental y general del paciente en la práctica clínica (206). Así la percepción individual de la familia debería estar presente en las observaciones sanitarias, como posible marcador de situaciones vitales estresantes que se manifiesten como una enfermedad psicosomática(207).

Richardson (208) en 1948, estuvo entre los primeros autores en enfatizar la necesidad de los médicos de ver al paciente en el contexto de una fami-

lia. En su tratado “Patients have family” hace referencia a la salud en relación con la dinámica familiar.

El significado del paciente como miembro de la familia fue elaborado de nuevo por Minuchin (209) que escribió “la familia como un sistema socio-cultural abierto está continuamente revestido de demandas de cambio en uno o más miembros...”.

En 1973, Pless y Satterwhite (210-211) introdujeron un Family Function Index (FFI) que fue desarrollado como un test simple y fácilmente administrable que refleja el dinamismo de la interación familiar. El FFI consta de 15 preguntas y requiere aproximadamente 15 minutos de administración. Estima la función familiar para evaluar el área de la interacción del núcleo familiar para evaluar las áreas de interacción del núcleo familiar tal como la satisfacción marital, frecuencia de desacuerdos, comunicación, solución de problemas y sentimientos de felicidad y fidelidad. Este test ha sido usado para evaluar las familias nucleares de niños con trastornos físicos crónicos. Existen otros cuestionarios que analizan la función familiar con una gran validez pero de difícil aplicación en la práctica clínica debido al número elevado de items que poseen como son la Escala de Ambiente Familiar con 90 items, la

escala de McMaster de 53 y una de las últimas versiones del FACES III que dispone de más de 20 items.

En 1978 Smilkstein (206) explica en su artículo que, aunque el concepto de paciente como miembro interactivo de la unidad familiar está bien aceptado, todavía no ha sido ideado un método práctico para el uso del médico para colectar datos que faciliten en manejo de la familia en el problema. Así introduce un breve cuestionario de screening al que denomina Family-APGAR, que está diseñado para obtener una base de datos que reflejará la visión de los pacientes del estado funcional de su familia. También discute en su trabajo los caminos posibles para evaluar los recursos familiares y el uso de recursos de orientar problemas de la familia que pueden ser usados por el médico para mejorar el estudio familiar, diagnóstico y manejo.

APOYO FAMILIAR Y CLÍNICA DEPRESIVA

También se encontró que el apoyo familiar, al igual que el apoyo social, jugaba un papel importante en la relación entre el estrés y depresión (207-208). En un estudio longitudinal de la relación entre el apoyo social y la depresión se encontró que el riesgo de depresión mayor en el último año estaba inversamente asociado con el apoyo familiar (212-213). El papel del apoyo familiar se demostró que era un moderador de forma que el apoyo familiar interacción con el estrés percibido para amortiguar el efecto del estrés en la salud mental.

En estudios previos se observó que la falta de apoyo familiar era un predictor significativo de la severidad de los síntomas depresivos (214-215). En otro estudio posterior (190) no se evidenció que el apoyo familiar afectase a la relación entre el estrés y la depresión en un grupo de pacientes deprimidos aunque se observó una correlación entre el apoyo familiar y la clínica depresiva medida con el Beck lo que sí se confirmó fue un efecto modificador del apoyo familiar en la clínica depresiva en el grupo control de pacientes sanos.

PERSONALIDAD

El término "personalidad" ha recibido multitud de definiciones a los largo de su introducción en psicología. El primero en introducir el término personalidad fue Ribot quien a finales del siglo XIX la definió como "la función psicológica por la cual el individuo se considera como un yo, uno y permanente". Para Littré (1862) la personalidad es "lo que pertenece esencialmente a una persona, lo que hace que sea ella misma y no otra". Kempf (1919) la definió como "la forma habitual de adaptación que realiza el organismo entre sus impulsos egocéntricos y las exigencias del medio ambiente". Otras definiciones de interés son las de Morton Price (1924): "la personalidad son las reacciones características de cada individuo a los estímulos sociales y la calidad de su adaptación a la idiosincrasia de su ambiente"; Guthrie (1944): "los hábitos y sistemas de hábitos de importancia social, estables y permanentes al cambio"; Gordon Allport: "la personalidad es la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente".

En el estudio de las personalidades anormales cabe destacar a Kurt Schneider (216) que en su tratado sobre las personalidades psicopáticas define las personalidades anormales como desviaciones de un término medio, imaginado por nosotros, de personalidades. Lo que aquí da la medida, por lo tanto, es la norma del término medio y no una norma de valor. Las personalidades anormales efectúan por doquier transiciones hacia las situaciones que cabe llamar normales, sin que pueda señalarse un límite que separe unas de otras. Las personalidades anormales constituyen variaciones de la "disposición", pero son modificables en gran medida tanto por el desarrollo y por las oscilaciones de su fondo no vivenciado como por la actuación de destinos, de vivencias en el sentido más amplio de esta palabra. Este autor no consideraba la psicopatía como una forma de enfermedad mental (217).

Si se acepta que la personalidad es un concepto que resume la idiosincrasia funcional de cada individuo, no hay duda de que puede haber personalidades trastornadas. Así los rasgos de personalidad son modelos consistentes de conductas, emoción y cognición que pueden ser identificadas tempranamente en la vida y permanecen altamente estables todo el tiempo (218); de este modo, los trastornos de personalidad están caracterizados por mode-

los maladaptativos de conductas (219).

El papel e influencia de los rasgos de personalidad en psicopatología han sido debatidos durante largo tiempo. Diferentes puntos de vista han emergido desde este debate:

1) los rasgos de personalidad constituyen un factor de vulnerabilidad y de este modo predisponen al desarrollo de los estados clínicos

2) son factores patoplásticos y modificadores de la sintomatología en el eje I

3) los trastornos de personalidad son consecuencia de los trastornos del eje I

4) los trastornos del eje I y II tienen etiología independiente.

Tyrer y Ferguson (220) y Cloninger et al (221) propusieron una descripción de la personalidad con dos aspectos: temperamento y carácter. Los aspectos temperamentales serían permanentes y ligados a lo biológico y genes, mientras que el carácter puede cambiar durante la vida, estaría ligada a la

educación y a los acontecimientos vitales.

Millon (222) dice que la "personalidad" es el patrón de características que incluye la constelación completa de la persona. La personalidad , según este autor, no se limita a la expresión de un rasgo por muy discriminante que sea. Son los elementos interpersonales, cognitivos, psicodinámicos y biológicos en interacción y realimentación los que configuran su acabado. Cada rasgo refuerza a los otros para perpetuar la estabilidad y la consistencia conductual de la estructura completa de la personalidad.

Existen autores que consideran los trastornos de personalidad como fenómenos clínicos que se sitúan en una zona límite entre salud mental y enfermedad mental (223) de hecho muchos psicólogos están a favor de un modelo continuo de personalidad para la transición entre salud y personalidad trastornada, encontrando relaciones de estructura similares entre dimensiones de personalidad y trastornos de personalidad (217).

Los trastornos de personalidad suelen relegarse al olvido del diagnóstico debido a que los psiquiatras los consideran insondables o intratables (224). El sistema actual de diagnóstico presenta un cúmulo de problemas, incluyen-

do el hecho de que hay muchos criterios que se solapan, llevando a la observación común de que un paciente puede reunir los criterios de varios trastornos de la personalidad (224).

Los trastornos de personalidad son entidades biopsicosociales que requieren un enfoque integral de entendimiento del diagnóstico y el tratamiento; así una señal indicativa de alteración de la personalidad son las relaciones interpersonales problemáticas (224). Los médicos reconocen a menudo la primera pista de un trastorno de la personalidad cuando se encuentran con una reacción emocional exagerada sorprendentemente consolidada en el paciente (225).

El clínico de orientación psicodinámica miraría los trastornos de personalidad como un todo que engloba cuatro componentes principales: un temperamento de base biológica, un conjunto de relaciones objetales interiorizadas, una sensación duradera del yo y una constelación de mecanismos de defensa (225).

En general, los tipos y trastornos de la personalidad incluyen muchas dimensiones hereditarias incrustadas en complejos sistemas genéticos y am-

bientales con influencias mutuas. El trastorno de la personalidad esquizotípico ha sido estudiado con especial minuciosidad, y las pruebas de que representa una penetración parcial del fenotipo de la esquizofrenia son convincentes (226). Otros trastornos de la personalidad que han demostrado tener una transmisión y carga genética familiar son el trastorno de la personalidad antisocial (227) y el trastorno límite de la personalidad (228).

En el DSM-I, los trastornos de personalidad se observaron generalmente como afecciones con un déficit que reflejan detenciones o distorsiones parciales del desarrollo secundarias a un cuidado temprano inadecuado o patológico (229).

El DSM-III introdujo un sistema multiaxial siendo los trastornos de la personalidad incluidos en el eje II junto con el retraso mental.

En general, se ha consensuado que la decisión de colocar los trastornos de la personalidad en el eje II ha resultado en un mayor reconocimiento de estos trastornos y ha estimulado una amplia investigación y progreso en el entendimiento de estas afecciones (224).

El DSM-IV considera una personalidad como patológica cuando la per-

sonalidad que presenta un individuo va más allá de lo habitual que en la mayoría de las personas y los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo o u malestar subjetivo.

La CIE-10 considera los trastornos de personalidad como alteraciones severas de la personalidad y de las tendencias comportamentales del individuo, que no son consecuencia directa de una enfermedad, daño o alguna alteración del cerebro, o de una enfermedad psiquiátrica. Normalmente abarcan diversas áreas de la personalidad y casi siempre van asociadas con tensión subjetiva y dificultades de adaptación social. Suelen estar presentes desde la infancia o adolecencia y persisten en la vida adulta.

CLASIFICACIÓN DSM-IV-TR DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD (5) **:**

301.0 Trastorno paranoide de la personalidad

301.20 Trastorno esquizoide de la personalidad

301.22 Trastorno esquizotípico de la personalidad

301.7 Trastorno antisocial de la personalidad

301.50 Trastorno histriónico de la personalidad

301.81 Trastorno narcisista de la personalidad

301.83 Trastorno límite de la personalidad

301.82 Trastorno de la personalidad por evitación

301.6 Trastorno de la personalidad por dependencia

301.4 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

301.9 Trastorno de la personalidad no especificado

CLASIFICACIÓN CIE-10 DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD (6)**:**

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad

F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad

F60.2 Trastorno disocial de la personalidad

F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad

.30 Tipo impulsivo

.31 Tipo límite

F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad

F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad

F60.6 Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad

F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad

F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad

F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación

Los trastornos de la personalidad en el DSM-IV están estructurados en tres grupos: el grupo A comprende los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica; las personas con este trastorno suelen ser con-

sideradas como raras o excéntricas. El grupo B incluye los trastornos de personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista; estas personas suelen tener una clara inclinación al dramatismo, son muy emotivas y su conducta resulta errática. El grupo C comprende los trastornos de personalidad por evitación, por dependencia y el obsesivo-compulsivo, y una categoría denominada trastorno de la personalidad no especificado que incluye el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad y el trastorno depresivo de la personalidad; las personas con este trastorno suelen ser ansiosas y temerosas.

Los trastornos de personalidad son, por definición, crónicos. Tienen condiciones que se inician en la infancia y continúan en la vida adulta. En medicina, las enfermedades que tienen un inicio temprano y tienden a la cronicidad suelen tener una etiología biológica (230). Hay evidencia (231) de un componente genético-temperamental en los trastornos de personalidad. La heredabilidad de las categorías de los trastornos de personalidad y los clusters ha sido confirmada en investigaciones genéticas conductuales (232).

Los pacientes que desarrollan un trastorno de personalidad con frecuencia muestran cualquier anormalidad en el temperamento, rasgos inusuales, o síntomas clínicos durante la infancia. La mejor relación documentada

concierne a trastornos de la conducta que es un precursor necesario para el trastorno antisocial de la personalidad (233). Hay también evidencia de que las anormalidades temperamentales durante la infancia pueden preceder a otros trastornos del cluster B como el trastorno límite de personalidad (234), trastornos del cluster A (235) y trastornos del cluster C (236).

Los clusters del eje II son análogos a las grandes dimensiones de la psicopatología. El cluster A refleja una dimensión cognitiva, mientras que el cluster B y C corresponden, respectivamente, a dimensiones de externalización e internalización (237.

La investigación muestra que diversos diagnósticos del cluster B muestran mejoría en la edad media, mientras la recuperación es mucho menos frecuente en el cluster A y C (237).

Un amplio estudio de la población noruega y dirigido por Torgensen y cols. (238) reveló una prevalencia global de cualquier trastorno de la personalidad de DSM-III-R del 13,1 %, una cifra marcadamente cercana a la cifra estimada del 10-13% propuesta anteriormente basándose en las poblaciones clínicas (239).

Torgensen revisó la literatura obteniendo una prevalencia global del trastorno de personalidad, de media entre los ocho estudios del 12,3%, con un intervalo del 10 al 14,3% (240).

En general, en poblaciones clínicas, los pacientes con trastornos de personalidad dependiente, límite, obsesivo-compulsivo, por evitación y esquizotíico están sobrerreprentados, y los pacientes con trastornos de la personalidad antisocial, esquizoide y paranoide están infrarrepresentados (240). En poblaciones con nivel educativo menor que residen en zonas urbanas congestionadas, se observan prevalencias mayores. Los hombres padecen más comúnmente trastornos de la personalidad esquizoide, antisocial, y las mujeres presentan con más frecuencia trastornos de la personalidad dependiente o histriónico (229); estos últimos datos con bastantes detractores.

RELACIÓN ENTRE LA PERSONALIDAD Y LOS TRASTORNOS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS

En numerosas investigaciones se pone de manifiesto la relación entre los trastornos de personalidad sobre el resto de patologías psiquiátricas (67,218,241-275). En esta línea de estudio Flick y cols. (199) realizaron un estudio en donde pretendían poner de manifiesto las diferencias demográficas, de diagnóstico y sintomáticas entre las personas que padecían o no trastorno de personalidad; para ello tomaron una muestra de pacientes ansiosos y depresivos concluyendo que los individuos con trastorno de personalidad no diferían de forma significativa respecto a las variables demográficas de aquellos que no padecían trastorno; aunque sí se aprecia que los pacientes con trastorno de la personalidad estaban con mayor frecuencia solteros, divorciados o casados en segundas nupcias respecto a aquellos que no padecían ningún trastorno que aparecían con mayor frecuencia casados. Estos hallazgos le hicieron sugerir que el hecho de padecer un trastorno de personalidad les provocaba hechos más disruptivos en relación con las relaciones íntimas (276). También destacaron que tenían unos ingresos menores con un menor nivel de funcionamiento (241,277-278) y un peor ajuste social (266).

Otro punto destacable en el estudio fue el hecho de que los pacientes con trastornos de personalidad recibían a lo largo de su vida más diagnósticos en el eje I, ocurriendo lo mismo para los trastornos de ansiedad (279), lo que implica una alta comorbilidad de los síndromes del eje I con los trastornos de personalidad que provoca que el curso de diferentes pacientes sea altamente variable (225).

Estos pacientes, con comorbilidad eje II y trastornos de ansiedad o depresión, percibían síntomas más severos de depresión y ansiedad que aquellos que no padecen trastorno de la personalidad. Esta asociación les sugería dos posibilidades, o bien que los trastornos de personalidad incrementan la severidad de los síntomas de ansiedad o depresión, o bien que el hecho de padecer síntomas más severos incrementan las posibilidades de que sea diagnosticado un trastorno de personalidad mientras los individuos están experimentando ansiedad o depresión.

La evaluación de los trastornos de personalidad asociados con trastornos depresivos y de ansiedad es importante, y a menudo descuidado, para la evaluación y tratamiento de estos pacientes (280). Se ha visto que los trastornos de personalidad son muy frecuentes en estos pacientes (281) con tasas de

frecuencia de más del 50% en trastornos depresivos (279-280,282-287), llegando a variar del 9,3% (288) en algunos estudios al 100% en otros (289); en trastornos de ansiedad esta cifra es menor, aunque no menos importante, llegando a aparecer en las publicaciones tasas de frecuencia del 30 al 50% variando según el trastorno de ansiedad específico que se estudie (251-252,290-291).

Algunos autores han sugerido que los rasgos de personalidad pueden representar formas frustadas de enfermedad afectiva lo que iría a favor de que los trastornos de personalidad predispondrían a los pacientes a trastornos de personalidad y trastornos depresivos (292).

Hirschfeld (293) expone la depresión y la comorbilidad con trastornos de personalidad relaciona una y otra de tres diferentes formas:

1) los trastornos de personalidad pueden preceder al desarrollo de la depresión y desarrollar un individuo vulnerable a la depresión (118,292)

2) la depresión puede preceder al trastorno de personalidad y favorecer el desarrollo de un trastorno de personalidad

3) puede ser una interacción entre trastorno de personalidad y de-

presión lo que es considerado un trastorno de personalidad depresivo.

Se ha visto que los individuos cuando se recuperan del trastorno diagnosticado en el eje I presentan cambios significativos en los rasgos del trastorno de personalidad aunque algunos rasgos permanecen (294-295). En los pacientes valorados tras la curación se reduce el número de trastornos de personalidad según lo determinado por los autoinformes y entrevistas estructuradas, en ellos se evidencia también la disminución de la disfuncionalidad de la personalidad. De esto se deriva que mientras los estudios transversales muestran los trastornos de personalidad y altos niveles de ansiedad y depresión co-ocurren, sería necesario un seguimiento longitudinal para clasificar más adelante la naturaleza de la relación (201).

Por otro lado se ha visto que el hecho de padecer un trastorno de personalidad comórbido a un trastorno depresivo mayor, este ejerce una influencia negativa en la respuesta y pronóstico en el tratamiento de la depresión y puede tener un significado etiológico para el desarrollo de la depresión en sí (241,280,296).

En multitud de estudios se puso de manifiesto que el hecho de padecer un trastorno de la personalidad comórbido aumentaba la severidad de los trastornos depresivos (297), tanto depresión mayor (280,296) como distimia (280,296,298), y de ansiedad (241,267,275,297-299). Estos individuos tenían unas puntuaciones más altas en los test que valoran la clínica ansiosa y depresiva (276,296,300-301) y presentaban más psicopatología en general (266).

Los pacientes con trastornos de personalidad y trastorno depresivo presentan elevados porcentajes de ideación suicida y mayor número de intentos de suicidio no serios (276,302) e intentos de suicidio letales (303) y han estado hospitalizados con una mayor frecuencia (302). De hecho el tratamiento del riesgo crónico de suicidio es uno de los principales componentes del tratamiento de los trastornos de personalidad (224).

Por otro lado, la presencia de un trastorno de personalidad dificultaba el alivio de los síntomas (225,304) lo que provoca un tiempo más lento de respuesta (301,305) causando unas menores tasas de recuperación en relación con los pacientes que no padecían un trastorno de personalidad comórbido. Así los trastornos de personalidad comórbidos tienen implicaciones clínicas sustanciales para la farmacoterapia y psicoterapia de pacientes ansiosos y

deprimidos (280) ya que el trastorno de personalidad puede predecir un curso crónico natural (266,305-306) y una pobre respuesta al tratamiento farmacológico y psicológico en trastornos de ansiedad y de depresión (259,275,307-310) lo que lleva a que sean tratados con una mayor cantidad de fármacos (311).

Otro punto en el que parece influir la presencia de un trastorno de personalidad es en la edad de inicio del trastorno del eje I; de este modo, los trastornos de personalidad predicen una edad de inicio temprano (266,276,304,312). También se ha encontrado una mayor presencia de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas entre aquellos pacientes con trastorno de personalidad comórbido (281). De esta forma los datos del National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditionsindican que el 28,6% de los pacientes con abuso de alcohol poseen al menos un trastorno de la personalidad (331).

Todas estas características hacen que el hecho de padecer un trastorno de personalidad comórbido conlleve un peor pronóstico (275,300-301,314-315)

Los trastornos de personalidad en los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión predicen las recaídas, por lo que se observa un mayor porcentaje de recurrencia (305,316) así como la aparición de desarrollar nuevos casos (317).

Diversos autores, entre ellos Paris (237) y Latas (251) han concluido que ciertos trastornos de personalidad como son el trastornos límite de la personalidad y el trastorno antisocial tienden a remitir o a perder intensidad con la edad.

En el trabajo de Langs y cols. (218) se concluye que los trastornos de personalidad constituyen uno de los varios factores de vulnerabilidad que predisponen hacia el desarrollo de los estados clínicos bajo la influencia de desencadenar mecanismos. Los diferentes cursos de la enfermedad pueden ser causa, por tanto, de la vulnerabilidad variante subyacente por un lado y la experiencia de eventos vitales particulares por otro (317).

EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD

El diagnóstico de los trastornos de la personalidad es muy importante durante la evaluación clínica, ya que muchos pacientes muestran cierto grado de conductas inflexibles y desadaptativas que deberán ser objeto de interés y/o objetivo del tratamiento.

La evaluación de los trastornos de personalidad continúa siendo problemática (11). La primera dificultad con la que nos encontramos a la hora de diseñar un instrumento de evaluación es la ausencia de una teoría de la personalidad que haya conseguido un consenso suficiente.

Otro factor que podía aumentar la escasa fiabilidad de los diagnósticos es el empleo por parte de los profesionales de técnicas diferentes de entrevista y métodos de observación, así como la "predisposición" que puede tener el explorador a diagnosticar ciertos trastornos en detrimento de otros.

Los instrumentos para la evaluación de la personalidad se dividen clásicamente en cuatro categorías, siendo las dos últimas la más utilizadas en la clínica y en la investigación: listas de síntomas, técnicas proyectivas, cuestio-

narios autoadministrados y entrevistas estructuradas.

Las listas de síntomas tienen muchos puntos en contacto con los criterios utilizados para el diagnóstico de los trastornos de personalidad, pero se diferencian de los criterios DSM y CIE en que las listas proporcionan más items y que muestran una consistencia interna mayor.

Dentro de las listas de síntomas las más utilizadas son: Listas de Adjetivos de la Personalidad, Lista Diagnóstica de la Personalidad de Millon y la Lista para la Psicopatía Revisada (PCL-R).

A pesar de las numerosas objeciones metodológicas efectuadas a las técnicas proyectivas como el Test de Roschach o el Test de Apercepción Temática, estas se han mantenido e incluso multiplicado. La ventaja de estas técnicas es que pretenden acceder a aspectos más inferenciales e inconscientes de la personalidad y como desventaja destaca su "subjetividad"; así, la interpretación psicológica del material proyectivo va a estar influido por factores inconscientes del clínico. Por otro lado, la poca estructuración de estas técnicas, que las hace tan ricas, se vuelve contra ellas al provocar ambigüedades problemáticas (11).

Los cuestionarios autoadministrados se diseñaron para la validación de estructuras de la personalidad más que para la evaluación de psicopatología; sin embargo, en la actualidad, se han convertido en las técnicas más empleadas para el diagnóstico y evaluación de los trastornos de personalidad.

Dentro de los cuestionarios autoadministrados caben destacar el Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+), el Cuestionario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III), el Inventario Multifásico de Personalidad de Minesota (MMPI-2), Inventario de Temperamento y Carácter, Cuestionario de Salamanca, Big Five Questionnaire,... entre otros.

Las entrevistas estructuradas y semiestructuradas se han empleado a menudo como estándares de referencia y se han utilizado en numerosos estudios para seleccionar las muestras de población en las que deben ser evaluados otros instrumentos diagnósticos como escalas o cuestionarios autoadministrados.

Las entrevistas estructuradas requieren un tiempo de administración prolongado y personal especializado, lo que dificulta la realización de estudios que evalúen la validez concurrente y discriminante de las distintas en-

trevistas.

Como entrevistas estructuradas para un trastorno de personalidad único destacan: la Entrevista Diagnóstica para el Trastorno Límite Revisada (DIB-R), Entrevista Diagnóstica para el Narcisismo (DIN) y Entrevista Diagnóstica de la Personalidad Depresiva (DIDP).

Dentro de los cuestionarios multitrastorno y multirasgo destacan la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM, eje II (SCID-II), Entrevista Estructurada para Trastornos de la Personalidad del DSM Revisada (SIDP-R), Cuestionario de Evaluación de la Personalidad (PAS) y el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE).

En este trabajo se ha utilizado en la evaluación de los perfiles de personalidad la Entrevista Estructurada para el DSM en su forma autoadministrada.

RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS, APOYO SOCIO-FAMILIAR, PERFILES DE PERSONALIDAD Y RESPUESTA DEPRESIVA.

En este trabajo, lo que pretendemos es hallar la relación existente que explique la aparición de una respuesta depresiva en un individuo basándonos en sus características patológicas de personalidad sobre las interfiere una serie de acontecimientos vitales. El individuo, como tal, presentará una red de apoyo social y familiar que será distinta en cada individuo y que variará , además, a lo largo de su vida , atenuando o agravando la capacidad de respuesta del individuo. Existen multitud de publicaciones relacionadas con estos temas (128-131,138,188,275,318-328) pero no se ha encontrado ningún estudio de campo que relacione todos las variables como se ha intentado realizar en este trabajo; aunque sus conclusiones apuntan al hecho de iniciar nuevas investigaciones que ayuden a esclarecer la controvertida relación entre los acontecimientos vitales estresantes, el apoyo socio-familiar y los rasgos de la personalidad en el inicio y desarrollo de la depresión.

En relación con el estrés y la enfermedad; todos los trabajos sobre medicina psicosomática ponen de manifiesto esta conexión. En la base de la medicina psicosomática esta el principio de que el hecho de sufrir un acontecimiento vital estresante predispone al individuo al padecimiento de enfermedades; una de ellas, la que nos ocupa, la enfermedad depresiva.

El fenómeno de estrés se produce por la conjunción de tres grandes grupos de factores: factores estresantes propios del medio o factores externos de estrés; factores propios del individuo o factores internos de estrés y factores moduladores que, no estando directamente relacionados con la respuesta o la inducción de estrés, condicionan o modifican la interacción entre factores internos y externos, como pueden ser el apoyo social y familiar o los estados afectivos de tipo depresivo (72).

En estudios sobre la población general, Wolf en colaboración con Hinkle (329-330) muestra unos efectos sobre la salud que ejercen aquellos acontecimientos y experiencias que implican cambios culturales y sociales especialmente significativos para el sujeto. Estos cambios socio-culturales, vivenciados de una manera estresante, no tendrían repercusión más que sobre aquellos individuos predispuestos a padecer una enfermedad específica. Es decir,

las características psicológicas y fisiológicas del sujeto deben reunir unas propiedades determinadas para que al incidir sobre ellas el impacto de un acontecimiento preciso se origine la enfermedad (93). Aquí las características psicológicas del individuo vienen representadas por las los perfiles de personalidad presentados por los individuos de la muestra.

Las diferencias en los porcentajes de depresión a través y entre poblaciones pueden ser considerables y ampliamente determinadas por factores psicosociales (318). Así en un estudio de Brown y cols. (318) observó que la aparición de una respuesta de ansiedad o depresión estaba relacionada con las experiencias estresantes tempranas; en cambio la adversidad en la vida adulta (los factores estresantes actuales) sólo se relacionaban con la aparición de una respuesta depresiva y no con la respuesta ansiosa. Los dos factores , tanto los estresores tempranos como los estresores actuales, tenían un considerable impacto en la comorbilidad al incrementar el porcentaje de los trastornos de ansiedad y de depresión y así la posibilidad de que ocurran los dos a la vez.

Se encontró (117) que es estrés vital estaba asociado con el inicio de la depresión y con una mayor severidad de los síntomas depresivos. Los acon-

tecimientos vitales estresantes estaban asociados con los síntomas cognitivo-afectivos de la depresión pero no con los síntomas somáticos de esta. También se encontró una asociación consistente entre acontecimientos vitales graves e ideación suicida. Así la variación sintomática en la depresión, según este estudio, está relacionada específicamente con estresores vitales severos antes del inicio del episodio depresivo e incluye tipos de síntomas primariamente cognitivo-afectivos; por otro lado destaca una relación especialmente pronunciada entre el estrés vital severo previo y la ideación suicida.

El trabajo de Kendler et al. (319) se basa en lo que ellos consideran tres potentes factores de riesgo que explica la etiología de la enfermedad depresiva. Estos tres factores son el sexo femenino, rasgos de personalidad de neuroticismo y la adversidad resultante de los acontecimientos vitales. De esta manera individuos con rasgos alterados de personalidad tenían un mayor riesgo total para la depresión y eran más sensibles al efecto depresogénico de la adversidad; concluyen que la adversidad psicosocial interactúa con las características de personalidad y el sexo en la etiología de la depresión. En este trabajo no se valora el efecto del soporte familiar ni social en la aparición de la clínica depresiva. En este misma línea también se encuentra el trabajo de Bar-

telstone y Trull (326) en el que manifiestan que los niveles de depresión varían como una función dependiendo de la interacción entre la personalidad y la presencia de acontecimientos vitales negativos.

En el trabajo de Costello (320) se llega a la conclusión de que el apoyo social no es un factor de especial interés en la etiología de la enfermedad depresiva ya que dice que el papel de los factores sociales es específico de la sociedad y no se ve que esto influencie el inicio de la depresión. En cambio sí apoya la importancia de un buen apoyo familiar en, en este caso medido como la "intimidad con la pareja" y los acontecimientos vitales estresantes en relación con la depresión.

En otro trabajo (323) se relaciona el papel de los acontecimientos vitales y soporte social en la depresión; aquí se dice que los pacientes depresivos en relación con el grupo control había sufrido más acontecimientos vitales estresantes y más pérdidas en la red social.

Wildes et al. (128) realizan un estudio sobre los acontecimientos vitales y el apoyo social en la depresión mayor. Ellos apoyan la teoría de que los acontecimientos vitales y las relaciones sociales son predictores independien-

tes de la sintomatología depresiva y no como se observaba en estudios previos, que apoyaban la idea de que las relaciones sociales actuaban moderando la influencia que los acontecimientos vitales ejercían sobre el curso natural de la depresión. Aquí fue el número de relaciones sociales el predictor significativamente más fuerte del curso natural de la depresión en comparación con los acontecimientos vitales.

De todos es conocido ya, que los acontecimientos vitales estresantes precipitan la depresión; sin embargo no queda claro porqué algunos individuos que experimentan acontecimientos adversos desarrollan depresión mientras otros no. Modelos emergentes postulan que el efecto de los acontecimientos vitales varían por los rasgos de la personalidad (331). Las características de personalidad actúan como marcadores de vulnerabilidad para la depresión por la sensibilización individual de ciertos tipos de experiencias vitales negativas (332). Así en estudio se vio que la depresión fue nueve veces más frecuente tras acontecimientos adversos mayores y tres veces más frecuente en presencia de rasgos específicos de personalidad (325).

Intentos iniciales de predecir la aparición de respuesta depresiva usando modelos multivariantes han encontrado que los acontecimientos vitales

estresantes son un potente factor predictivo de depresión acompañados de otros factores que de forma independiente contribuyen a aumentar la depresión. Dentro de estos factores que favorecen la aparición de depresión se encuentran una historia previa de depresión (327-328), el sexo (328), la edad (328), factores genéticos (327) y el estilo de personalidad (327).

Además de promover la aparición de la respuesta depresiva, los acontecimientos vitales (329,333), el apoyo social (188,329-335) y familiar y los rasgos de personalidad (330-332,334)) están relacionados con la severidad de la clínica depresiva, recurrencia y pronóstico en el seguimiento como se demuestra en diversos estudios; aunque en ninguno de ellos se realiza un estudio multivariante en el que aparezcan definida la capacidad predictiva de la respuesta depresiva de todos estos factores al unísono.

JUSTIFICACIÓN

La necesidad del estudio de la influencia de la personalidad y ambiente en la sintomatología depresiva en los trastornos depresivos y ansiosos se justifica por las siguientes razones:

- Estudios previos demuestran la influencia que tiene la coexistencia de las alteraciones de la personalidad en los trastornos depresivos y ansiosos, conllevando mayor dificultad en su tratamiento (en especial en el manejo y en la capacidad de adhesión al plan terapéutico), así como peor pronóstico y mayor gravedad de la sintomatología presentada por estos pacientes en el episodio agudo.

También se ha demostrado que los pacientes con alteraciones de la personalidad presentan índices mayores de comorbilidad.

- Existe un incremento importante de la demanda asistencial en los pacientes con rasgos patológicos de la personalidad.

- Numerosos estudios previos han demostrado una relación etiopatogénica entre los trastornos depresivos y los acontecimientos vitales, así como que el número de acontecimientos vitales tiene una relación directa con la gravedad de la clínica depresiva.

- El apoyo socio-familiar parece estar asociado con la aparición de epi-

sodios depresivos, así como en el pronóstico de los mismos. Por otra parte, el apoyo social está en relación con las características de personalidad del sujeto.

- Se ha postulado que el apoyo socio-familiar tiene un efecto mediador de modo que los acontecimientos vitales estresantes desencadenarían la movilización del apoyo social en el sentido de contribuir a mantener la salud mental y el bienestar.

- La elevada frecuencia de patología depresiva y ansiosa demostrada en numerosos estudios previos y su influencia sobre la aparición de comorbilidad , uso de servicios sanitarios, deterioro funcional y aumento de las tasas de morbi-mortalidad justifica el estudio conjunto de los factores que pueden interactuar en la aparición de este tipo de clínica, así como en su pronóstico.

- La inexistencia de publicaciones previas que aborden todos los factores en su conjunto.

- Un motivo de gran importancia en la justificación del presente trabajo es la elevada prevalencia de rasgos patológicos de personalidad (82%) detectada en estudios previos sobre pacientes diagnosticados de trastornos de ansiedad y trastornos afectivos en nuestro medio (Vidal-Brenlla, 2003).

Se ha demostrado también en población sana el elevado impacto sobre la depresión que tienen los acontecimientos vitales estresantes pudiendo llegar a predecir la aparición de respuesta depresiva en un sujeto basándose en sus características de personalidad y el número y gravedad de los acontecimientos estresantes a los que ha sido sometido (Portela-Brenlla, 2003).

OBJETIVOS

El proyecto de investigación plantea como objetivos generales y específicos los citados a continuación:

1.- Describir la muestra según las variables sociales en pacientes ansiosos y depresivos correspondiendo a los siguientes objetivos específicos:

- Analizar el soporte social medido por el SASS en los pacientes ansiosos y depresivos.
- Estudiar la presencia de acontecimientos vitales estresantes en los pacientes con ansiedad y depresión.
- Comparar el apoyo familiar (medido por el Family-APGAR) en las dos categorías diagnósticas.

2.- Estudiar la muestra según el perfil de personalidad que presentan los pacientes de la muestra. Como objetivos específicos dentro de este apartado se encuentran:

- Mostrar las diferencias en el perfil de personalidad de los pacientes ansiosos y depresivos.
- Estudiar la relación entre la clínica depresiva y el perfil de personalidad presentado.
- Analizar las diferencias de personalidad que presentan los distintos diagnósticos psiquiátricos

3.- Determinar la importancia de las variables socio-ambientales y de personalidad en la respuesta depresiva.

- Analizar la influencia de las variables sociales en los síntomas depresivos
- Predecir la aparición de la respuesta depresiva basándose en variables sociales y de personalidad en pacientes ansiosos y depresivos.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Tras la elaboración conceptual planteamos como hipótesis de trabajo en pacientes que presentan un trastorno de ansiedad o depresivo según criterios DSM-IV las siguientes hipótesis de trabajo:

1.– La presencia de acontecimientos vitales estresantes se relaciona positivamente con la intensidad de la respuesta depresiva.

2.– La falta de apoyo socio-familiar aumenta el riesgo de respuesta depresiva.

3.– La presencia de anomalías de la personalidad hace que sea más intensa la respuesta depresiva.

4.– La presencia de anomalías de acontecimientos vitales y rasgos anormales de personalidad permiten predecir la respuesta depresiva en pacientes con trastorno ansioso o depresivo.

5.– Existen dos perfiles claramente diferenciables (caso y no caso Beck) en razón a las variables socio-ambientales y de personalidad

MATERIAL Y MÉTODO

MATERIAL Y MÉTODO

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Para este trabajo se ha recogido una muestra configurada por 224 pacientes (72 hombres y 152 mujeres) de la Unidad de Salud Mental ubicada en el Centro de Salud de Fontiñas, diagnosticados según los criterios DSM-IV en los grupos de Trastornos Afectivos y Trastornos por Ansiedad.

La edad media de los pacientes de la muestra es de 36,33 años con una desviación típica de 10,915 siendo su intervalo de 16 a 61 años. Los hombres presentan una edad media de 35,74 con una desviación típica de 10,097 y las mujeres presentan una edad media ligeramente superior (36,61) con una mayor dispersión respecto a los hombres (desviación típica de 11,303).

La edad cronológica se ha categorizado en tres intervalos el primero compuesto por aquellos pacientes con edades comprendidas entre 16 y 32 años, un segundo intervalo compuesto por los pacientes de entre 32 y 41 años y el tercer intervalo de edad superior a 42 años.

Tabla 5: Características de la muestra según el estado civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NC	1	0,4	0,4
Casado/a	95	42,4	42,9
Divorciado/a	13	5,8	48,9
Separado/a	16	7,1	55,8
Soltero/a	95	42,4	98,2
Viudo/a	4	1,8	100
Total	224	100	

La variable "estado civil" pone de manifiesto que la muestra está compuesta fundamentalmente por pacientes solteros y casados con un mismo porcentaje de pacientes en cada uno de ambos grupos suponiendo estos el 84,8% del global.

De los 224 pacientes de la muestra, 144 pertenecen al grupo de trastornos por ansiedad y 80 al grupo de trastornos depresivos.

Tabla 6: Tipificación de la muestra según la variable categoría diagnóstica

	Frecuencia	*Porcentaje*	*Porcentaje válido*	*Porcentaje acumulado*
Ansiedad	144	64,3	64,3	64,3
Depresión	80	35,7	35,7	100
Total	224	100	100	

En la siguiente tabla mostramos los porcentajes según el sexo de los distintos diagnósticos psiquiátricos dentro de la categoría de trastornos por ansiedad. El trastorno más frecuente es el trastorno mixto ansioso-depresivo correspondiendo a un 27% de la muestra de pacientes ansiosos; en los hombres representa un 18,6% y el mujeres corresponde al 31,7%.

Gráfico 1: Distribución de los pacientes ansiosos (porcentajes de los distintos diagnósticos psiquiátricos)

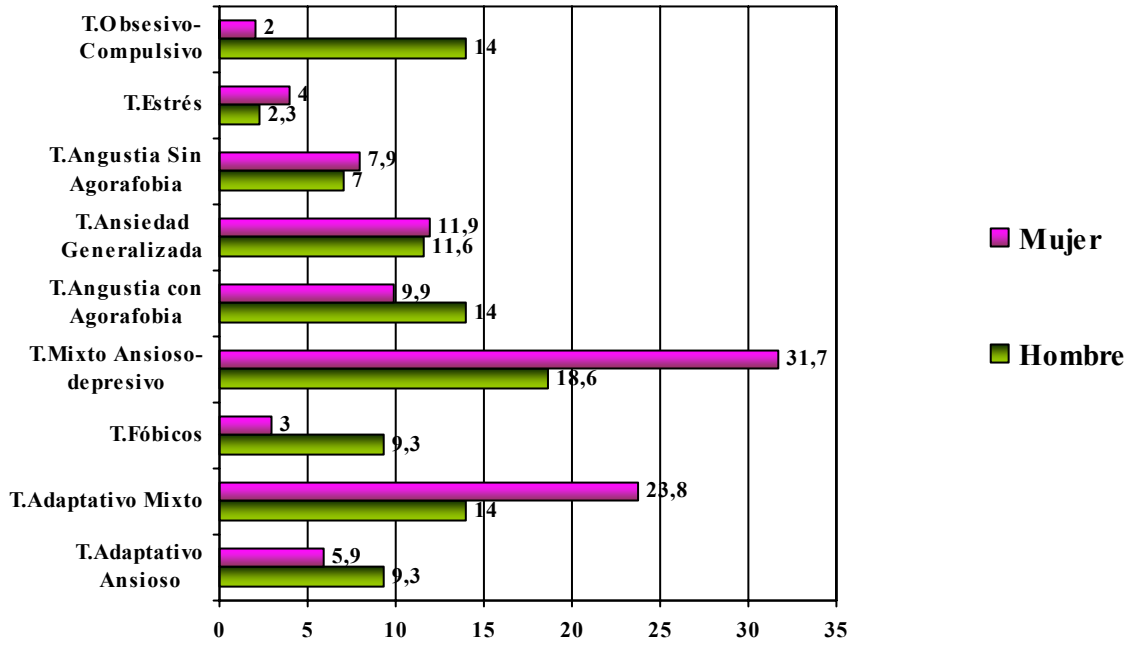


Tabla 7: Trastornos de Ansiedad

DIAGNÓSTICO		Hombres	Mujeres	Total
Tr. Adaptativo Ansioso	Recuento	4	6	10
	Porcentaje	9,30%	5,90%	6,90%
Tr. Adaptativo Mixto	Recuento	6	24	30
	Porcentaje	14%	23,80%	20,80%
Tr. Fóbicos	Recuento	4	3	7
	Porcentaje	9,30%	3%	4,90%
Tr. Mixto Ansioso-Depresivo	Recuento	8	32	40
	Porcentaje	18,60%	31,70%	27,80%
Tr. Angustia con Agorafobia	Recuento	6	10	16
	Porcentaje	14%	9,90%	11,10%
Tr. Angustia sin Agorafobia	Recuento	3	8	11
	Porcentaje	7%	7,90%	7,60%
Tr. Ansiedad Generalizada	Recuento	5	12	17
	Porcentaje	11,60%	11,90%	11,80%
Tr. de Estrés Postraumático	Recuento	1	4	5
	Porcentaje	2,30%	4%	3,50%
Tr. Obsesivo-Compulsivo	Recuento	6	2	8
	Porcentaje	14%	2%	5,60%

Dentro de los trastornos depresivos el diagnóstico psiquiátrico que aparece con mayor frecuencia en la muestra es el trastorno depresivo mayor episodio único correspondiendo al 41% de la muestra depresiva; siendo la frecuencia en los hombres de un 31% mientras que en las mujeres alcanza el 47,1%.

Gráfico 2: Distribución de los pacientes depresivos (porcentajes de los distintos diagnósticos psiquiátricos)

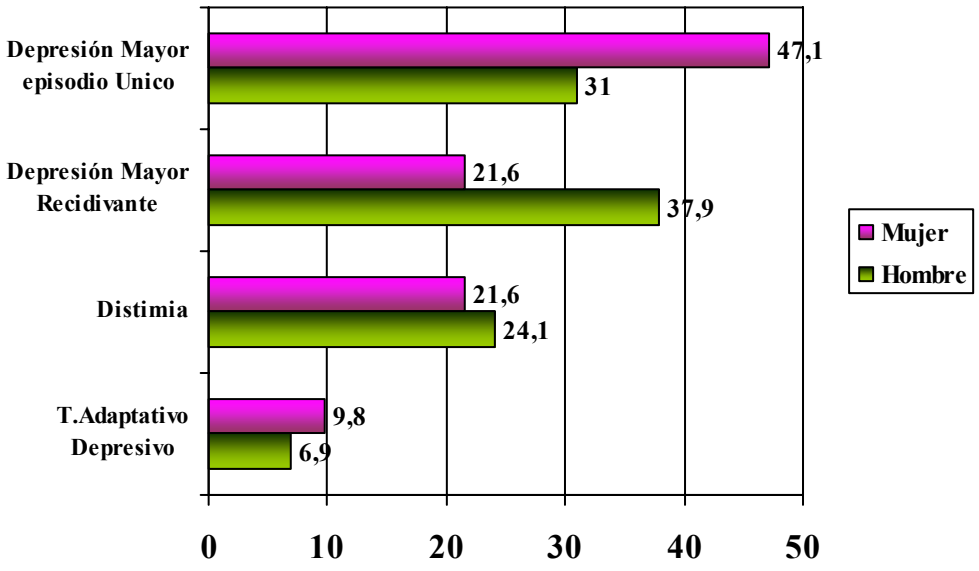


Tabla 8: Trastornos Depresivos

DIAGNÓSTICO		Hombres	Mujeres	Total
Tr. Adaptativo Depresivo	Recuento	2	5	7
	Porcentaje	6,90%	9,80%	8,30%
Distimia	Recuento	7	11	18
	Porcentaje	24,10%	21,60%	22,50%
Depresión Mayor Recidivante	Recuento	11	11	22
	Porcentaje	37,90%	21,60%	27,50%
Depresión Mayor ep.Único	Recuento	9	24	33
	Porcentaje	31%	47,10%	41,30%

Según el nivel de estudios observamos que la mayoría de la muestra ha realizado estudios secundarios representando al 42% del total de la muestra (44,4% de los hombres y 41,4% de las mujeres).

Tabla 9: Características de la muestra según el nivel de estudios

		NS	Primarios	Secundarios	Universitarios
	Recuento	4	17	32	19
Hombres	Porcentaje	5,60%	23,60%	44,40%	26,40%
Mujeres	Recuento	4	45	63	40
	Porcentaje	2,60%	29,60%	41,40%	26,30%
Total	Recuento	8	62	95	59
	Porcentaje	3,60%	27,70%	42,40%	26,30%

DESARROLLO DEL PROTOCOLO

Para el desarrollo de nuestra investigación se diseñó un protocolo en el que se incluyen los siguientes apartados:

· Perfil sociodemográfico correspondiente a edad, sexo, estado civil y estudios realizados.

· Grupo diagnóstico y diagnóstico psiquiátrico siguiendo los criterios de la DSM-IV, y pertenecientes a los grupos Trastornos por Ansiedad y Trastornos Depresivos.

· Inventario de Depresión de Beck (BDI).

· Escala de Ansiedad-Depresión en Hospital (HAD).

· Cuestionario de Acontecimientos Vitales Recientes (RLCQ).

· Escala Autoaplicada de Adaptación Social (SASS).

· Cuestionario Family-APGAR.

· Cuestionario de Personalidad SCID II en su forma autoadministrable.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

El inventario de depresión de Beck fue desarrollado en 1961 (342), inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 items para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias fases evolutivas que el entrevistador leía al paciente para que este seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoplicada. La versión de esta escala al castellano fue adaptada y validada por Conde y col. en 1975 y sometida a diversas revisiones críticas por los mismos (343-346) los autores se refieren a esta escala como de "utilidad incuestionable" por su significación predictiva, su homogeneidad terminológica y su aplicabilidad en amplias muestras . En 1979 Beck y cols. dan a conocer una versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz en 1991 (347) siendo esta la más utilizada en la actualidad y la usada en este trabajo.

A efectos de cribado o detección de casos en población general el punto de corte ha sido establecido por Lasa y col. (348) en mayor o igual a 13 puntos. Otros autores con anterioridad habían marcado como punto de

corte el 11 en muestras de pacientes mayores de 60 años (349) pero la mayoría de los autores recomiendan los puntos de corte 13-14 (350) con una sensibilidad de 0,85 y 0,80 y una especificidad de 0,81 y 0,84, respectivamente. En este estudio se toma como referencia el recomendado por Lasa y col.

Este test se trata posiblemente del cuestionario autoaplicado más citado en la bibliografía (desde su construcción en 1961 el test ha sido empleado en más de dos mil estudios empíricos (351)) y utilizado en pacientes con diagnóstico clínico de depresión (350), proporciona una estimación adecuada de la gravedad o intensidad sintomática, y es ampliamente utilizado en la evaluación de la eficacia terapéutica por su sensibilidad al cambio y en la investigación para la selección de sujetos. Tiene una alta fiabilidad tanto por su consistencia interna (172,378) como por su coeficiente de correlación intraclase alfa de Cronbach (379) y el procedimiento test-retest (378,380). Su buena sensibilidad al cambio ha sido documentada por Johnson y Heather (375) y otros autores (172). Además tienen capacidad para diferenciar entre los distintos tipos de gravedad del proceso depresivo (381).

En una revisión de Ritcher (351) de este inventario describe lo que considera los defectos del test como son la elevada dificultad de los ítems, la falta de normas explicativas, su dudosa objetividad de interpretación, la controversia de su validez factorial, la inestabilidad de sus puntuaciones en cortos intervalos de tiempo y su pobre valor discriminante de la ansiedad; este último punto rebatido por Steer (352) en el que demuestra que el el BDI es una poderosa herramienta para la diferenciación de trastornos depresivos de los de ansiedad. Como ventajas del inventario destaca su elevada consistencia interna, la elevada validez del contenido, su validez en la diferenciación entre pacientes deprimidos y no deprimidos, su sensibilidad al cambio y su propagación internacional.

ESCALA DE ANSIEDAD-DEPRESIÓN EN HOSPITAL

La Escala de Ansiedad-Depresión en Hospital (HAD) fue diseñada por Zigmond y Snaith en 1983 (344) y para evitar altas puntuaciones engañosas que podría implicar la evaluación de síntomas somáticos cuyo origen se presupone psicógeno, en el desarrollo de esta escala, no incluyeron ningún ítem que hiciera referencia a funciones físicas o síntomas somáticos; así, sustituye los síntomas que pueden ser provocados por una dolencia física por otros más específicos de la vivencia psíquica del trastorno, con la finalidad de proporcionar un instrumento para detectar estados de depresión y ansiedad en pacientes de servicios hospitalarios no psiquiátricos (353). La traducción al castellano de esta escala fue realizada por el propio Snaith en colaboración con Bulbena y Berrios y ha sido validada por Tejero y colaboradores en 1986 (353).

La evaluación de las características psicométricas de la versión española del HAD fue realizada por Quintana y cols. (354) donde aportan los datos de que la exactitud test-retest en el HAD es de 0,85, con una elevada con-

sistencia interna con un Alfa de Cronbach de 0,86 tanto para ansiedad como para depresión (353-354), con buena fiabilidad y validez. Además los resultados mostraron una elevada validez concurrente con el BDI, el inventario de ansiedad rasgo-estado y en los campos mentales de la forma abreviada del estudio de salud (Short-Form Health Survey).

Este instrumento posee escalas derivadas de la experiencias clínica más que del análisis factorial (355). Consta de dos series de siete cuestiones –una representa la subescala de ansiedad y la otra de depresión- siendo ambos conceptos psicopatológicos de ansiedad y depresión independientes (356).

A pesar de la palabra ”hospital” que figura en su denominación de origen, el HAD puede ser utilizado también en el trabajo comunitario, ya que es bien aceptado y fácil de cumplimentar, y suministra una clara distinción entre los dos conceptos de ansiedad y depresión (356). La versión española fue parcialmente validada en pacientes psiquiátricos (353) y fue usada en pacientes con patologías mentales (456) . El HAD ha sido traducido a la mayoría de

las lenguas europeas, al árabe, al israelí, al urdu, al japonés y al chino (354,357) y ha demostrado ser altamente fiable y válida en numerosos estudios (358).

El punto de corte en este test es el 11-12 el recomendado en la versión original de Zigmond y Snaith (344).

CUESTIONARIO DE ACOTECIMIENTOS VITALES

RECIENTES

Basándose en la "carta de vida" de Adolph Meyer –método para demostrar la relación entre fenómenos sociológicos, psicológicos y biológicos en el proceso de la salud y la enfermedad de los seres humanos- el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington, a comienzos de los años 60, estudiaba la asociación entre un paquete de sucesos vitales frecuentemente acaecidos en el año o dos años previos y la aparición posterior de una serie de procesos patológicos (104). Para facilitar la labor de los clínicos, se utilizaba un cuestionario el Schedule of Recent Experience (SER), pero este carecía de una normalización y únicamente servía para hacer un recuento del número de eventos presentes. Rahe (104) revisó el trabajo de la Universidad de Washington demostrando un grupo de acontecimientos de cambio vital frecuentemente ocurridos en uno o dos años previos al inicio de una variedad de enfermedades (162). Este grupo no fue estandarizado, la mayoría de los investigadores simplemente contaron en número de

acontecimientos informados por los sujetos en unos períodos de tiempo arbitrariamente definidos (104).

En 1967, Thomas Holmes y Richard Rahe (162), con la esperanza de aportar una mayor precisión a los estudios que trataban de demostrar esa asociación entre los acontecimientos vitales estresantes y la enfermedad, diseñaron una escala con los 43 eventos vitales más representativos y le adjudicaron a cada uno un valor entre 0 y 100 y lo denominaron *life change units* (LCU)- unidades de cambio vital-, así nació la Social Readjustment Rating Scale (SRRS). Esta escala ha tenido una gran difusión y ha sido utilizada en múltiples estudios (143,163-165).

En 1975, Rahe volvió a evaluar 42 de los 43 items del SRRS adjudicándoles nuevos valores de LCU. Al mismo tiempo, consciente de la necesidad de disponer de un cuestionario más específico, revisó y amplió el SER, lo que dio lugar a un nuevo instrumento psicométrico, el Recent Life Changes Questionnaire (RLCQ), que incluye 30 de los 43 eventos originales de SRRS más 44 nuevos (167).

En 1995, Miller y Rahe, reevaluaron la SRRS y el RLCQ, adjudicando a cada item nuevos valores de LCU (162). La creación del RLCQ fue estimulada por la necesidad de incluir los importantes acontecimientos de cambios vitales que originalmente no formaban parte del SER (162).

En España, en 1983, González de la Rivera y Morera (167), diseñaron en castellano y adaptado a nuestro entorno cultural, un cuestionario de sucesos vitales tomando como modelo el SRRS de Holmes y Rahe y el Life Events Inventory de Cochrane y Robertson (168). Dicho elemento consta de 61 items que administraron a una muestra de 397 tinerfeños que fueron los encargados de otorgar a cada item un peso específico mediante las LCU. Siendo sometido el cuestionario ha múltiples revisiones por parte de los autores de la versión en castellano (72,86,170-172)

En este trabajo se ha reproducido el Recent Life Changes Questionnaire, de la Social Readjustment Rating Scale y de la validación española de González de la Rivera y Morera.

La SRRS puede ser llevada a cabo mediante entrevista o autoadministrada; en este trabajo se ha aplicado de esta segunda forma. Se pregunta al paciente si ha pasado, en los últimos doce meses, por alguna de las 43 situaciones que se enumeran. Cada una de estas tiene un valor específico, en unidades LCU o UCV, que se representa a su derecha.

El RLCQ es un instrumento sencillo y fácil de aplicar. Los resultados de la evaluación vienen expresados en números de eventos registrados –Indice de Sucesos Vitales (ISV)-, y en la suma LCU de los mismos –Índice de Reajuste Social (IRS)-.

Algunos autores proponen que los pacientes con una puntuación mayor de 300 constituyen un grupo de alto riesgo, con un 80% de probabilidad de sufrir alguna enfermedad en un futuro próximo; en el grupo de personas con una puntuación entre 300 y 150, el riesgo es aproximadamente del 50%; el grupo de bajo riesgo (30%) corresponde a las personas con una puntuación menor de 150 (163).

En el trabajo original de Holmes y Rahe, los autores afirman que el alto grado de consenso, entre las diferentes subpoblaciones de la muestra, al asignar a los diferentes items de la escala un valor de LCU, les sugiere un acuerdo universal entre grupos e individuos sobre el peso específico de los eventos vitales.

La fiabilidad del test en los distintos estudios muestra una adecuada fiabilidad test-retest que oscila entre 0.82 a 0.85. No hay diferencias entre la puntuación tomando sólo los ISV o la suma de los LCU.

Los diferentes estudios acumulados en los últimos años muestran una correlación estadísticamente significativa entre los valores del SLCQ y distrés o trastorno psicológico general (74), hospitalización, necesidad de cuidado médico, depresión (148,152), infarto de miocardio, control de la diabetes, ataques de narcolepsia, mortalidad en lesiones medulares, riesgo de suicidio (144,148) y necesidad de rehabilitación posterior a la cirugía.

ESCALA AUTOAPLICADA DE ADAPTACIÓN SOCIAL

La escala autoaplicada de adaptación social SASS (Social Adaptation Self-evaluation Scale) ha sido diseñada con el objetivo de evaluar conducta y ajuste social de una forma que permite una gran simplicidad de uso (359).Esta escala se ha desarrollado para detectar diferencias de tratamiento presumibles en la motivación social y conductas que pueden no ser discernibles en la valoración psiquiátrica (359).

La escala fue desarrollada por Pharmacia-UpJohn como herramienta para determinar efectos diferenciales de los antidepresivos IRNA, que habían presumido tener un efecto incrementado en conducir y motivar hacia la acción, comparado con los antidepresivos ISRS. El SASS se focaliza en la autopercepción y motivación de los pacientes hacia la acción antes que una realización de objetivos. La escala fue validada por Bosc et al. ,en 1997,en un estudio de una amplia población y tiene validez externa e interna, fiabilidad test-retest y sensibilidad al cambio (389). Se trata de una escala de 21 items, con cuatro niveles de respuesta (de 0 a 3), que evalúa motivación y conducta social. Los items exploran el funcionamiento del individuo en distintas áreas:

trabajo, familia, relaciones sociales y motivación/intereses. La puntuación total, sumatorio de las puntuaciones de cada item, tiene un rango entre 0 y 60, ya que dos de los items son mutuamente excluyentes y cada sujeto sólo responde a uno de ellos en función de si tiene un trabajo u ocupación remunerada o no (360). Las puntuaciones de normalidad se sitúan entre 35 y 52, mientras que las inferiores a 25 suponen una desadaptación social patente y las superiores a 55 equivalen a evaluaciones patológicas de "superadaptación".

Esta escala, en su versión española, ha sido validada por el Dr. Bobes et al. en 1999 (360) en una muestra de pacientes depresivos con unos índices de fiabilidad y de validez adecuados, así como sensibilidad a la gravedad del episodio depresivo y se puede afirmar que el instrumento mide correctamente lo que se propone.

En nuestro trabajo hemos categorizado la variable siguiendo las pautas anteriormente citadas en cuatro categorías. Una categoría denominada "Desadaptación Social Patente" donde se incluyen aquellos casos con un va-

lor menor de 25, la categoría “Probable Desadaptación” que abarca puntuaciones del 25 al 34, la categoría “Normalidad” con puntuaciones del 35 al 52 y por último la categoría “Superadaptación” con pacientes de más de 53 puntos.

CUESTIONARIO FAMILY-APGAR

Smilkstein en 1978 desarrolla su cuestionario de screening de la función familiar. Está compuesto por cinco preguntas cerradas y permite dar una visión rápida de los cinco componentes de la función familiar elegidos por el autor. Está diseñado de forma que pueda ser dado a los miembros de cualquier familia nuclear o de estilo alternativo Estos componentes fueron elegidos por representar temas comunes en la literatura científica social que se ocupa de la familia. Las definiciones de los cinco componentes son las siguientes:

Adaptation: la adaptación es la utilización de recursos intra y extrafamiliares para solucionar problemas cuando el equilibrio familiar está alterado durante una crisis.

Partnership: la relación de pareja es la división de decisiones realizada y las responsabilidades de educar por los miembros de la familia.

Growth: el crecimiento es la maduración física y emocional y la autosatisfacción que es alcanzada por los miembros de la familia a través de su mutuo apoyo y guía.

Afection: el afecto es la relación de cuidar y amar que existe entre los miembros de la familia.

Resolve: la resolución es la obligación de dedicar tiempo a otros miembros de la familia para la educación física y emocional. Usualmente también implica una decisión de repartir las riquezas y el espacio.

Según esto, consideraría la familia en la salud como una unidad de crianza que demuestra integridad de los componentes de adaptabilidad, relación de pareja, crecimiento, afectos y resolución.

El acrónimo APGAR ha sido aplicado después del extendido y ampliamente conocido test de APGAR del neonato de forma que también este fuese recordado con facilidad. Consta, por tanto, de cinco preguntas con tres posibles respuestas que se valoran con 0,1 y 2 puntos. Los individuos se clasifican en normofuncionales cuando la puntuación es de 7 a 10 puntos y disfuncionales si obtienen de cero a seis puntos.

Cuando el médico entrevista un paciente por un problema de salud, el procedimiento usual es reunir sólo la información concerniente a la familia del paciente que es pertinente para entender una queja particular. En la mayoría de los casos, el médico necesita mínimos o no necesita datos de la familia para manejar la queja. Sin embargo en algunas situaciones, el conocimiento de la estructura y función de la familia del paciente puede ser requerida para resolver el problema de salud. Así la estructura y la función familiar juegan una papel importante en el entendimiento y manejo de la queja del paciente individual tal como de la familia en el problema.

Como definición operacional de la familia tenemos que: la familia es grupo psicosocial consistente del paciente con una o más personas, niños o adultos, en la cual hay un compromiso de los miembros de criar/educar a otro (205). En esta definición la estructura familiar es definida simplemente como el paciente y una o más personas y el proceso de educación es comparado con la función familiar que promueve el crecimiento emocional, físico y la maduración de todos los miembros (205).

Cuando un miembro de una familia relata la historia de crisis al médico, el estado general de su función familiar puede ser descubierta. La información considerable sobre la función familiar puede ser obtenida cuando el paciente describe como los miembros de la familia comen, duermen, aportan al hogar, escuela y responsabilidades del trabajo. La evidencia de disfunción en esas actividades alertarían al médico de la necesidad de evaluar la función familiar en mayor intensidad. Para obtener datos más definitivos, el médico puede usar preguntas para obtener la información pertinente de los cinco componentes de la función familiar.

En 1996, Rodríguez Fernández y cols. (361) evaluaron la función familiar a través del cuestionario de APGAR. Destacaron la necesidad de contar en atención primaria con un instrumento que permita clasificar adecuadamente la red de relaciones establecidas en el entorno familiar para determinar posibles disfunciones que interfieran en la salud del individuo y llegaron a la conclusión de que este cuestionario puede determinar el grado de satisfacción que el encuestado percibe de su entorno familiar recalcando su fácil utilización, el poco tiempo requerido para su realización y que permite rela-

cionar con suficiencia problemas psicosomáticos con disfunción familiar y graduar dicha disfunción para realizar intervenciones posteriores en grupos de riesgo. Recomiendan asimismo orientar el cuestionario hacia procesos crónicos y mentales donde el sistema familiar es imprescindible para el tratamiento y rehabilitación del enfermo.

La validez y fiabilidad de la versión española del cuestionario de función familiar Family-APGAR fue establecido por Bellón y colaboradores (362) en octubre de 1996 concluyendo que este test es una herramienta útil, válida y fiable para conocer la situación familiar y su posible papel en el origen de los conflictos y su solución, y dada su simplicidad es posiblemente el cuestionario de elección con este fin en la práctica clínica.

Este cuestionario ha sido utilizado además para la valorar la disfunción familiar en grupos de pacientes psiquiátricos específicos como es el caso del abuso y dependencia de alcohol (363).

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SCID II

La entrevista clínica semiestructurada para el DSM-IV es una entrevista destinada a hacer los principales diagnósticos de los eje I y II. El lenguaje utilizado y la cobertura diagnóstica del SCID están destinados, sobre todo, a individuos adultos (18 años o más), pero pueden aplicarse a los adolescentes con algunas modificaciones.

En nuestro estudio utilizamos el SCID-II (364), que valora la presencia de trastornos del eje II; este está encaminado a la evaluación de 10 trastornos de personalidad del DSM-IV, así como el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad y el trastorno de personalidad autodestructiva que aparecen incluidos en su apéndice B. Se incluye en el SCID-II porque en la actualidad es objeto de considerable investigación.

La fiabilidad y la consistencia interna del SCID-II fue evaluada por Maffei y cos. (365) en 1997 logrando buenos resultados.

La evaluación de la versión española del SCID-II fue realizada por Grilo y cols. (366); sus resultados demuestran una adecuada fiabilidad Inter.-frecuencia para la mayoría de los trastornos de personalidad sólo destacaron la mayor frecuencia de personalidad antisocial en los hombres, en el resto de trastornos de personalidad no hubo diferencias por sexo.

Aunque estamos hablando de una entrevista semiestructurada en el presente estudio se utilizó en su forma autoadministrable de forma que eran los propios pacientes los que realizaban por sí solos el test. Por ello, en este trabajo no se diagnostican trastornos de personalidad, ya que para ello sería necesario una entrevista personalizada a los propios pacientes y a su familia; sólo se pretenden mostrar perfiles de personalidad así como la importancia de indagar más en estos posibles diagnósticos ante pacientes diagnosticados de trastornos de ansiedad o depresión. La literatura sugiere que los test auto-administrables generan estimaciones superiores de prevalencia que las entrevistas estructuradas o la revisión de la exploración (399,366) y que las evaluaciones durante el episodio depresivo también generan porcentajes de estimación más elevados de trastornos de personalidad que las evaluaciones hechas

tras la recuperación (273,280,289,367) aunque la valoración de la personalidad durante la enfermedad proporciona importante información sobre la respuesta al tratamiento (280) .

Tabla 10: Variables de personalidad y puntos de cortes de las mismas

	Items	*Umbral*
Evitación	1 a 8	4
Dependiente	9 a 17	5
Obsesivo-Compulsivo	18 a 28	5
Pasivo-Agresivo	29 a 37	5
Autodestructivo	38 a 49	5
Paranoide	50 a 56	4
Esquizotípico	57 a 64	5
Esquizoide	65 a 69	4
Histriónico	70 a 76	4
Narcisista	77 a 88	5
Límite	89 a 101	5
Antisocial	102 a 113	3

DETERMINACIÓN DE VARIABLES

Las variables objeto de estudio en nuestra investigación fueron clasificadas en:

VARIABLES INDEPENDIENTES

1.- La variable "Sexo" categorizada en hombre y mujer (variable cualitativa).

2.- "Edad Cronológica" utilizada como variable continua y categorizada posteriormente en intervalos de 16 a 31 años, de 32 a 42 años y en mayores de 43.

3.- "Grupo Diagnóstico" categorizado en grupo ansioso y grupo depresivo (variable cualitativa)

4.- "Diagnóstico Psiquiátrico" categorizada en razón al diagnóstico psiquiátrico que el paciente presenta (variable cualitativa).

Tabla 11: Categorías de la variable Diagnóstico Psiquiátrico

	Diagnósticos Psiquiátricos	Codificación	Abreviaturas
Trastorno por Ansiedad	Trastorno Adaptativo Ansioso	0	Adapt Ansioso
	Trastorno Adaptativo Mixto	2	Adapt Mixto
	Trastornos Fóbicos	6	TF
	Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo	7	T Mixto A-D
	Trastorno de Angustia con Agorafobia	8	TA1
	Trastorno de Angustia sin Agorafobia	9	TAO
	Trastorno de Ansiedad Generalizada	10	TAG
	Trastorno por Estrés	11	TE
	Trastorno Obsesivo-Compulsivo	12	TOC
Trastornos Depresivos	Trastorno Adaptativo Depresivo	1	AD
	Trastorno Distímico	3	Distimia
	Trastorno Depresivo Mayor Recidivante	4	DMR
	Trastorno Depresivo Mayor episodio Unico	5	DMU

En la tabla 11 se muestran las distintas categorías de esta variable así como su número de codificación y las abreviaturas correspondientes que son las que se utilizarán en las tablas de resultados de la presente investigación.

VARIABLES DEPENDIENTES

· Puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck (BDI).

· Puntuaciones obtenidas en la Escala de Depresión-Ansiedad en Hospital (HAD): se obtienen dos valores el resultado de la subescala de Ansiedad (HADA) y el resultado de la subescala de Depresión (HADD).

· Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Acontecimientos Vitales Recientes (RLCQ): se obtienen dos valores el Indice de Sucesos Vitales (RLCQISV) y el Indice de Reajuste Social (RLCQIRS).

· Puntuaciones obtenidas en la Escala Autoaplicada de Adaptación Social (SASS).

· Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario Family-APGAR.

· Puntuaciones obtenidas en las escalas del Cuestionario de Personalidad SCID II (ver tabla 4).

Todas las puntuaciones de los test se utilizaron en primer lugar como variables continuas y posteriormente dicotomizadas según las puntuaciones umbral.

RESULTADOS PRELIMINARES

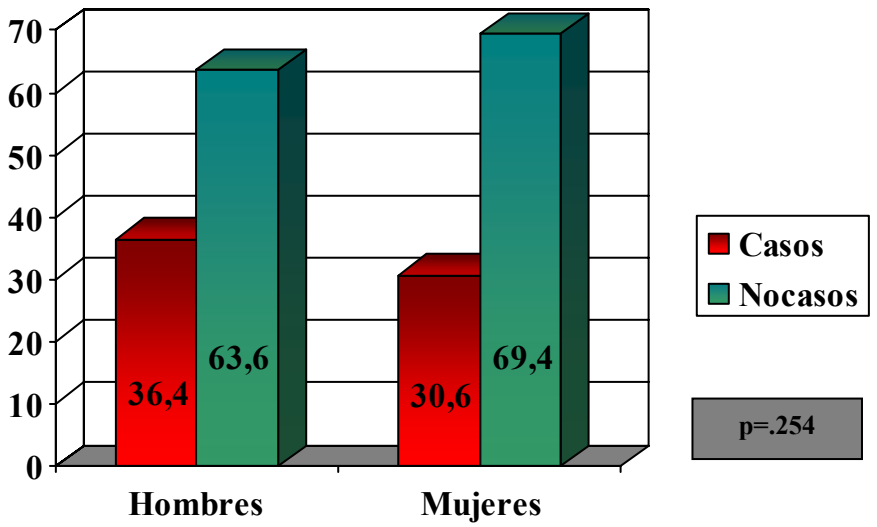
VARIABLES SOCIO-CULTURALES

RESULTADOS DEL APOYO FAMILIAR

Tomando el punto de corte de 6 se observa que un 32,5% de la muestra aprecian su soporte familiar como deficiente.

En el gráfico 3 mostramos los porcentajes de hombres y mujeres que han puntuado como "casos" en el test de Family-AGAR, que son aquellos que perciben un apoyo familiar deficiente, y como "no casos" con un apoyo familiar percibido como normal. Se observa que no existen diferencias según el sexo en la percepción del apoyo familiar presentando una distribución similar en cuanto a sus puntuaciones.

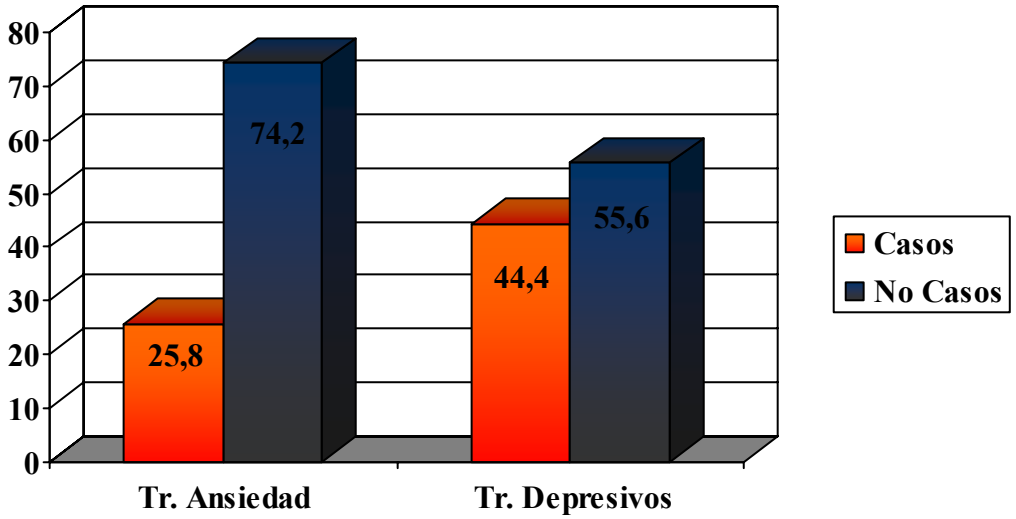
Gráfico 3: Porcentaje de casos-no casos del Family-APGAR según el sexo



Hay diferencias estadísticamente definitivas en la percepción del apoyo familiar al comparar los dos grupos diagnósticos (ansiosos y depresivos). De esta manera el grupo de Trastornos de Ansiedad presenta un menor porcentaje de "casos" que el grupo de Trastornos Depresivos; en estos últimos la distribución de casos-no casos es al 50% en cambio en los Trastornos de Ansiedad un tercio son "casos" frente a los dos tercios que no lo son. El resultado de la prueba de Chi Cuadrado tiene un nivel de significatividad de.006 lo que nos permite afirmar que los pacientes con un Trastorno Depresivo perci-

ben un menor apoyo familiar que los pacientes con Trastorno de Ansiedad (gráfico 4).

Gráfico 4: Porcentajes de casos-no casos Family-APGAR según el Grupo Diagnóstico



Al estudiar el apoyo familiar en relación con la edad cronológica no se obtuvieron diferencias estadísticas significativas respecto a esta variable dependiente.

RESULTADOS DEL APOYO SOCIAL (SASS)

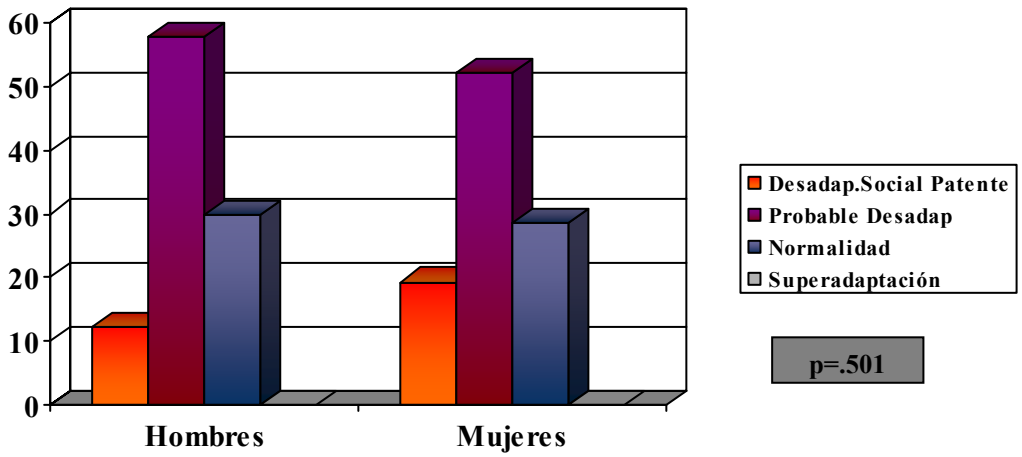
La puntuación media de la muestra para la valoración del apoyo socio-familiar evaluada con el SASS es de 30,61 con una desviación típica de 6,502. Según este dato la media de la muestra se situaría por debajo del umbral de normalidad para el apoyo familiar.

La Escala Autoadministrable de Adaptación Social permite establecer cuatro situaciones de soporte familiar una denominada Adaptación Social Patente, un estado de "Desadaptación Probable", una situación de normalidad y un estado de "Superadaptación". En nuestra muestra un 17% de la muestra se encuentra e un estado de Desadaptación Social Patente, un 54% con un probable estado de Desadaptación y un 29% dentro de los límites de la Normalidad; no existe ningún caso situado en el estado de "Superadaptación".

En el gráfico 5 se muestran los porcentajes de las categorías del SASS según la variable sexo. Respecto al resto de resultados no existen diferencias

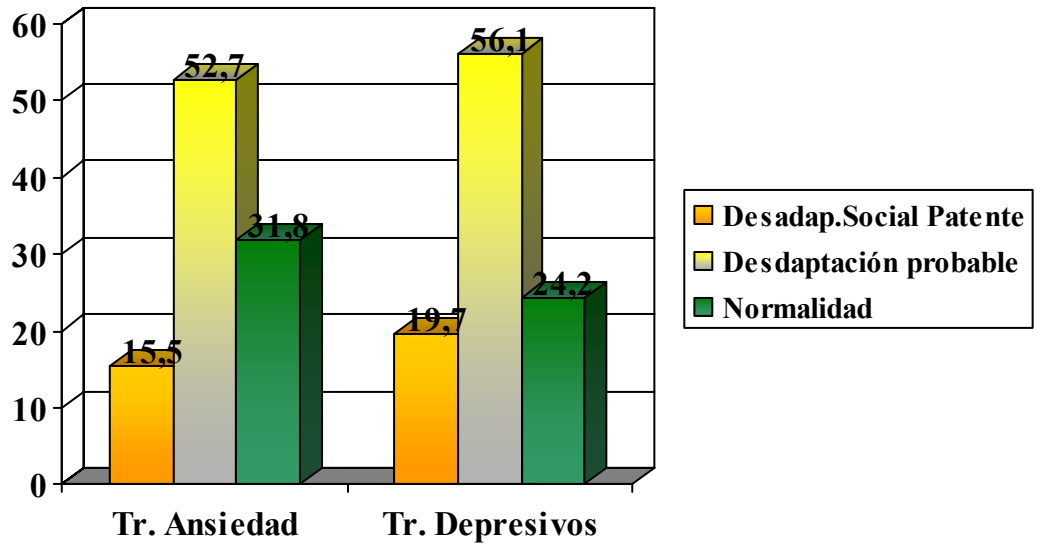
significativas respecto a las puntuaciones encontradas en hombres y en mujeres.

Gráfico 5: Porcentajes del SASS según la variable sexo



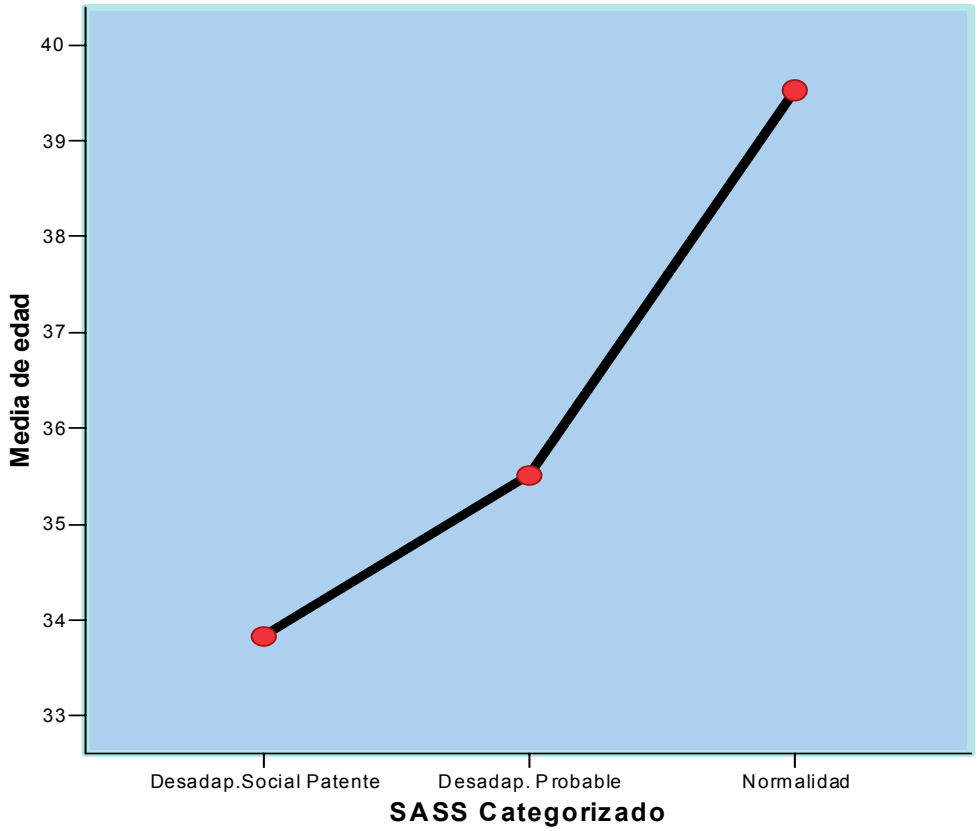
En la distribución de los valores de las categorías del SASS se observa un menor número de pacientes que se enmarcan dentro de la normalidad en la categoría diagnóstica de los Trastornos Depresivos. Pero estas diferencias no son estadísticamente significativas (gráfico 6).

Gráfico 6: Porcentajes del SASS según la variable Categoría Diagnóstica



Analizando la edad media en las distintas categorías del SASS se observa que, los pacientes con un apoyo social dentro de la "Normalidad" presentan una mayor edad media siendo esta diferencia significativa; de esta manera en el análisis de la varianza se obtiene una F de 3,091 para un nivel de significatividad .048 (Gráfico 7). Esto permite afirmar que los pacientes de mayor edad presentan un mejor apoyo social.

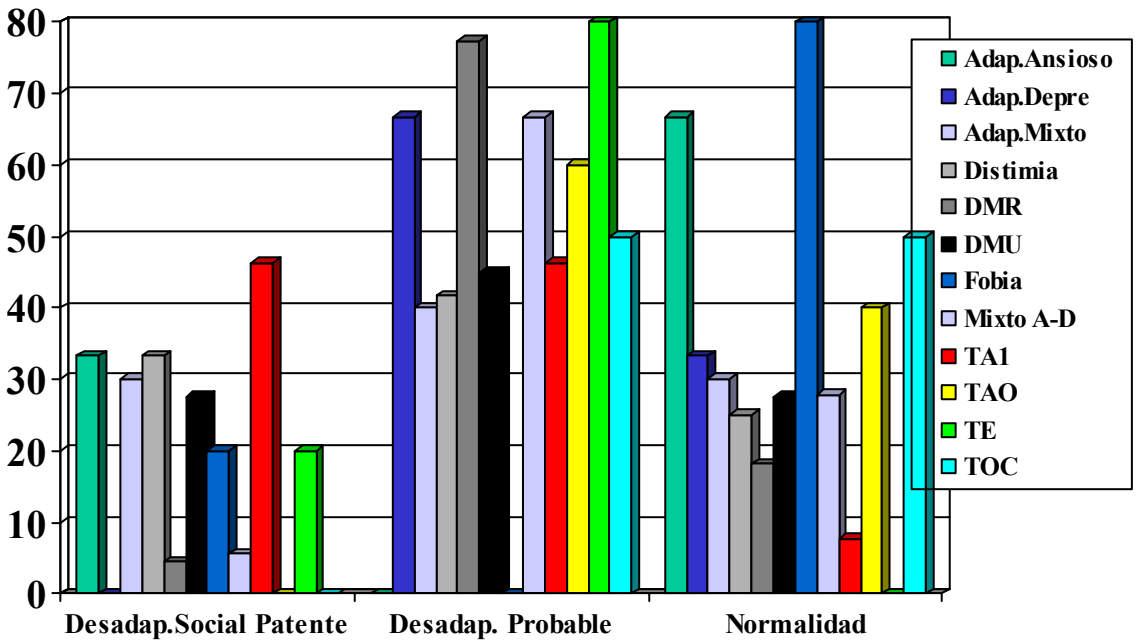
Gráfico 7: Edad media en las categorías del SASS



En el gráfico 8 se observan los porcentajes de las subescalas del SASS según los distintos diagnósticos psiquiátricos. Aquí se puede observar como los diagnósticos de Trastorno de Angustia con Agorafobia seguido de la Depresión Mayor Recidivante y del Trastorno Adaptativo Ansioso presentan con mayor frecuencia una "Desadaptación Social Patente". Como trastornos

con una mayor frecuencia de apoyo social dentro de la "Normalidad" se encuentra en primer lugar el Trastorno Adaptativo Depresivo seguido del Trastorno Adaptativo Ansioso y del trastorno Obsesivo-Compulsivo. Siendo estas diferencias estadísticamente significativas con una significatividad de .005. Destacar la no existencia de ningún caso de Trastorno por estrés postraumático dentro de los rangos de la"Normalidad" siendo el único diagnóstico psiquiátrico de estas características.

Gráfico 8: Porcentajes de puntuaciones del SASS según los diagnósticos psiquiátricos



RESULTADOS DE LOS SUCESOS VITALES ESTRESANTES (RLCQ)

Índice de Reajuste Social

La puntuación media para la muestra en el Índice de Reajuste Social es de 386,73 con una desviación típica de 239,968. Según esto la media de la muestra se encontraría en una situación de alto riesgo patológico.

La muestra de pacientes se distribuye según este Índice de Reajuste Social mostrando un 57,4% de la muestra con un alto riesgo de desarrollar una patología, algo más del 25% de la muestra se encuentra dentro del rango de riesgo medio y sólo un 16,9% se encontraría con un riesgo bajo de desarrollar una enfermedad.

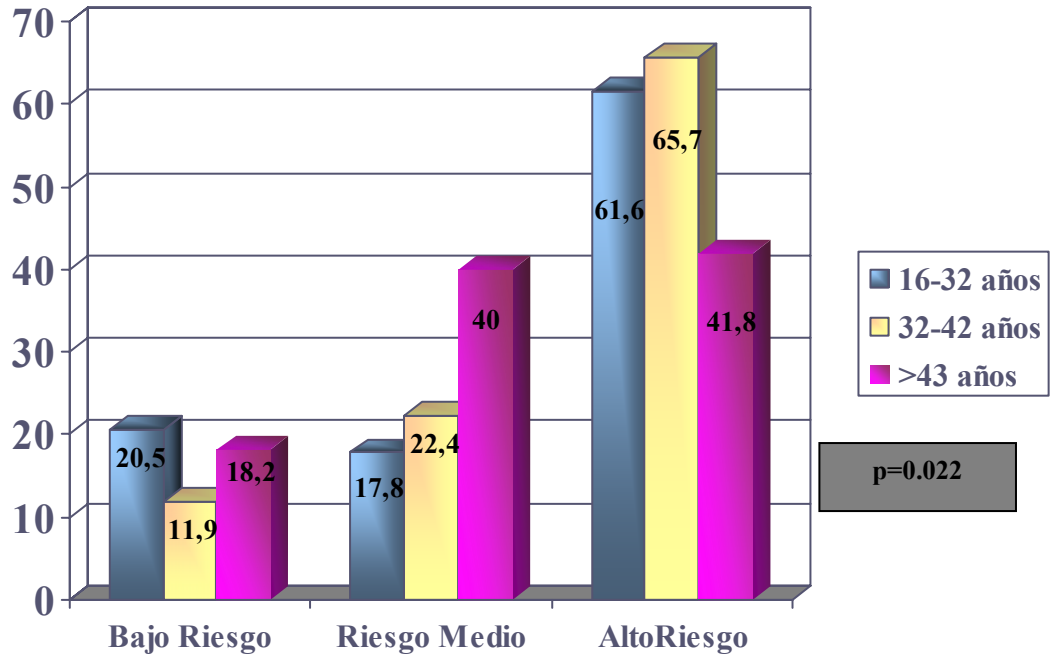
En relación con la distribución de la muestra del Índice de Reajuste Social según el sexo se observa que las mujeres se presentan en mayor proporción que los hombres un alto riesgo de desarrollar una patología

(hombres en un 51,6% frente al 60,3% en las mujeres) aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Resultados similares se obtienen al analizar este índice según el grupo diagnóstico. El grupo depresivo se presenta con mayor frecuencia dentro del intervalo de Alto Riesgo que los pacientes del grupo ansioso (60,3% en depresivos frente al 55,9% de los ansiosos) pero estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Al observar la distribución de la muestra del Índice de Reajuste Social según los intervalos de edad, se aprecia que los pacientes de mayor edad se encuentran con menos frecuencia dentro del grupo de Alto Riesgo en relación con los otros dos intervalos de menor edad y estas diferencias son estadísticamente significativas con una significatividad de 0.022. Esta distribución se aprecia en la figura 9.

Gráfico 9: Distribución del Indice de Reajuste Social según los intervalos de edad



En la distribución del índice de Reajuste Social según el diagnóstico psiquiátrico no se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre ellos en la prueba del Chi cuadrado.

Índice De Sucesos Vitales

Los pacientes de la muestra informan de un número de Sucesos Vitales que se abarcan del 0 al 24. El valor que más se repite en la muestra, la moda, es el 9 como se aprecia en el Gráfico 10.

Gráfico 10: Histograma del Índice de Sucesos Vitales

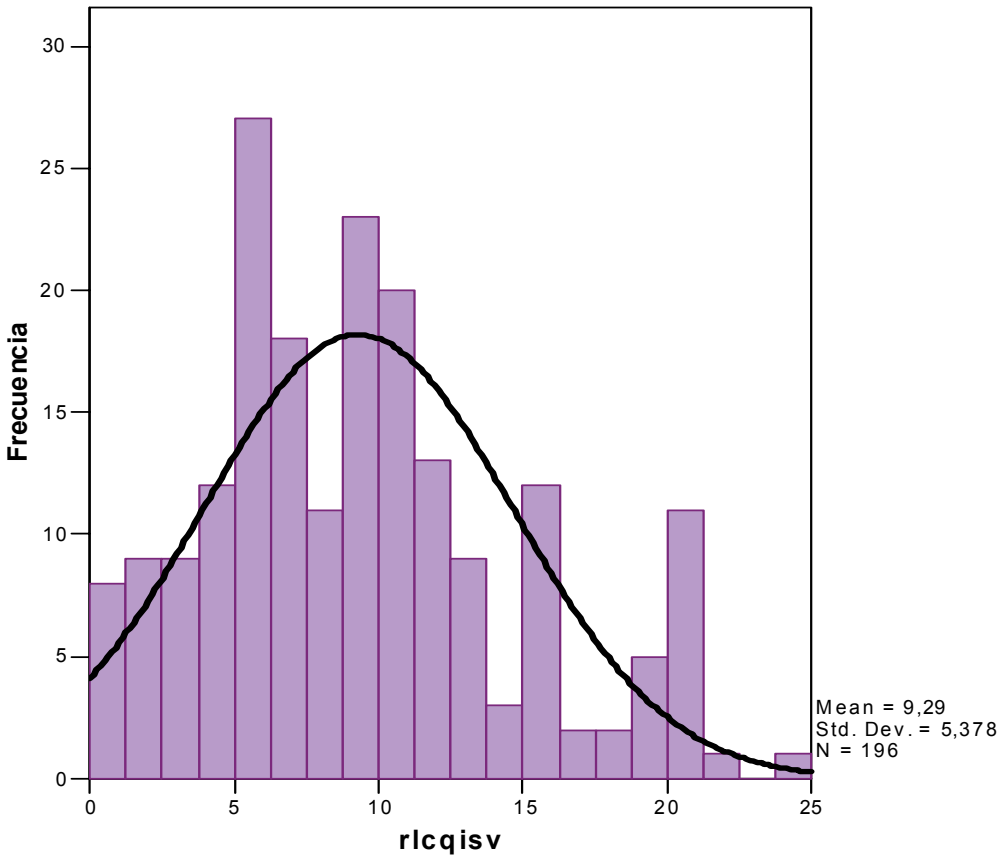
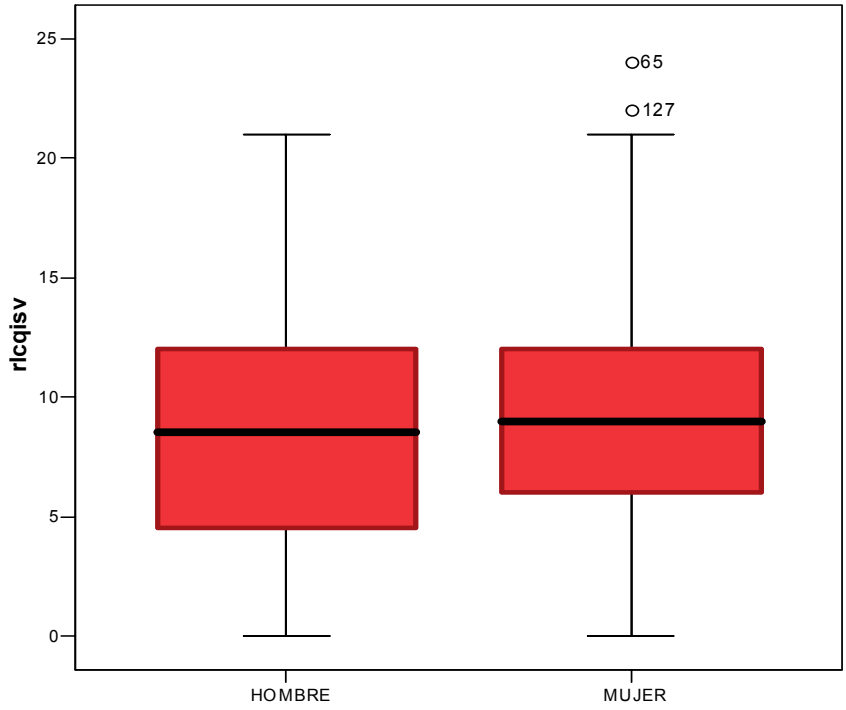
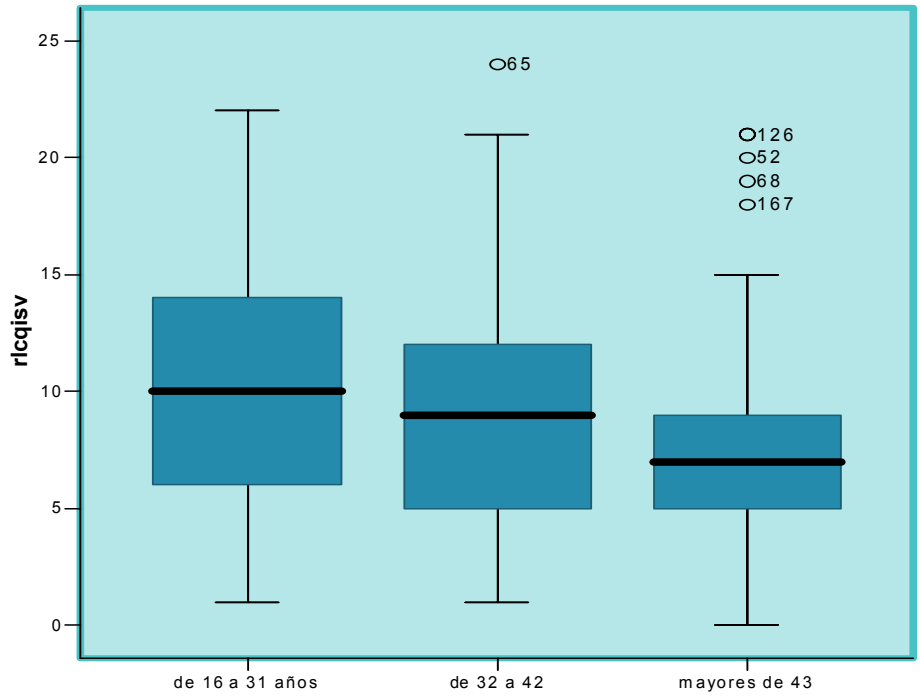


Gráfico 11: Diagrama de Cajas del Indice de Sucesos Vitales según el Sexo



Existen diferencias estadísticamente significativas según la prueba de significatividad del Chi Cuadrado en el Índice de Sucesos Vitales según los intervalos de edad. Los pacientes que se encuentran en el intervalo de mayor edad presentan significativamente un Índice de Sucesos Vitales menor que los otros dos intervalos de edad (gráfico 12).

Gráfico 12: Diagrama de Cajas para el Índice de Sucesos vitales Según los Intervalos de Edad

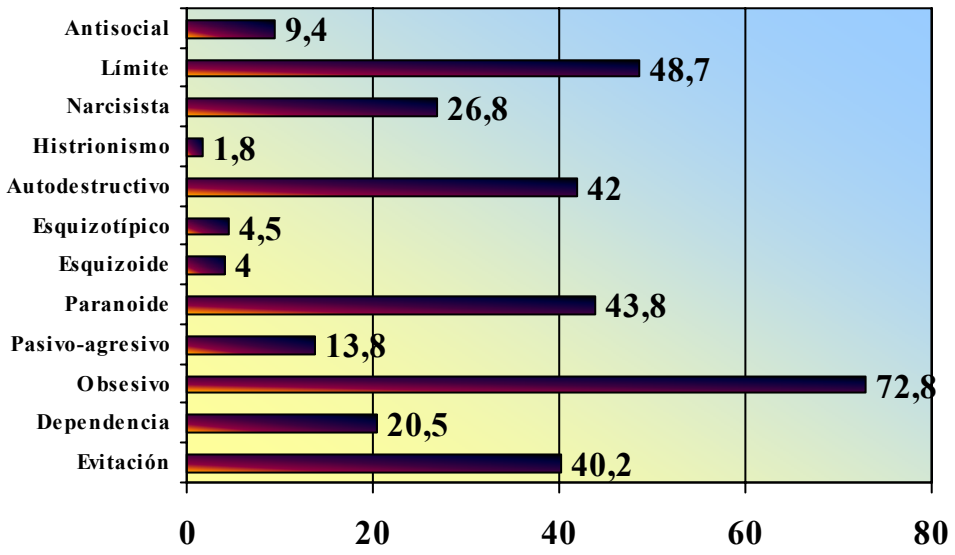


Al examinar el Índice de Sucesos Vitales en relación con los distintos diagnósticos psiquiátricos no se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre ellos con la prueba del Chi Cuadrado.

RESULTADOS DE LOS PERFILES DE PERSONALIDAD

El perfil de personalidad más frecuentemente alterado en la muestra es el obsesivo con una frecuencia del 72,8% de los pacientes de la muestra con este rasgo de personalidad alterado. Como rasgos de la personalidad más frecuentemente alterados le siguen el rasgo límite y el paranoide con unas frecuencias del 48,7 y 43,8 respectivamente. Como rasgos de personalidad alterados con menor frecuencia están el histriónico con un porcentaje del 1,8%, esquizoide (4%) y esquizotípico (4,5%). Estos resultados se pueden observar en el gráfico 13.

Gráfico 13: Porcentajes de los rasgos de personalidad

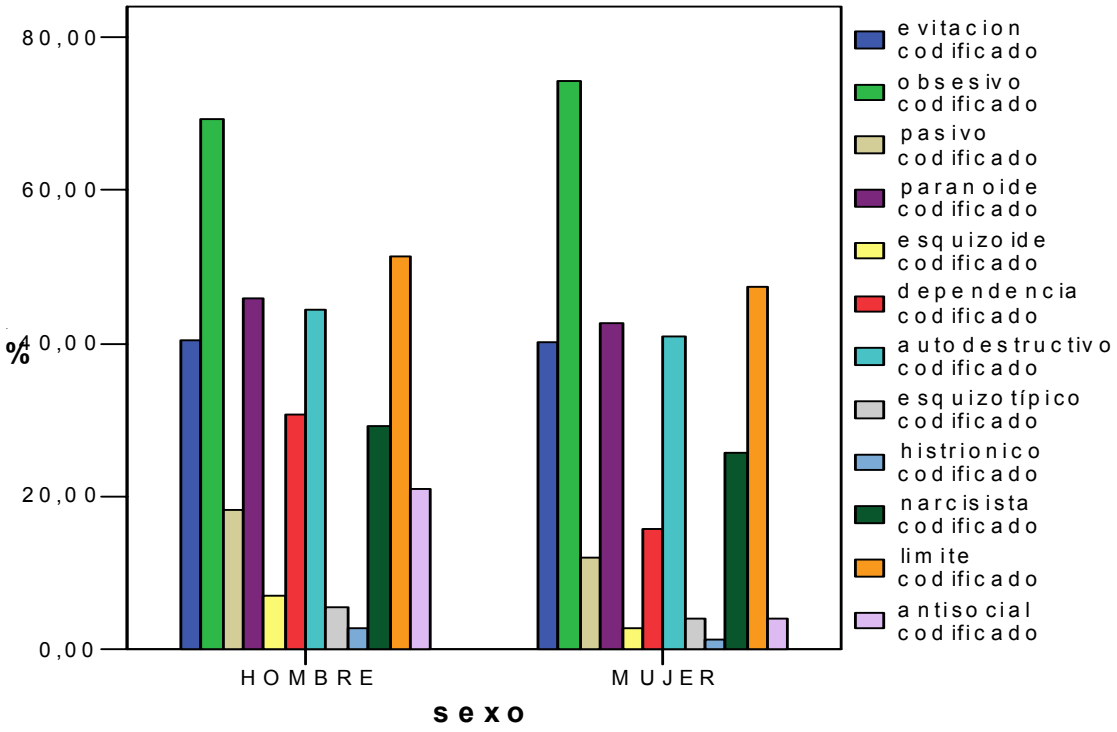


- **PERFILES DE PERSONALIDAD SEGÚN EL SEXO**

Si comparamos los perfiles de personalidad en hombres y en mujeres obtenemos dos rasgos de personalidad que marcan diferencias significativamente estadísticas entre ellos mediante la prueba del Chi Cuadrado. El rasgo que más diferencias marca con una significatividad de 0.000 es el rasgo antisocial que aparece en el 20,8% de los hombres frente al 3,9% de las mujeres (gráfico 13). Este dato indica que los hombres tienden a tener más rasgos antisociales que las mujeres.

El otro rasgo de personalidad que marca diferencias significativas es el de dependencia. Con una significatividad del .010 obtenemos porcentajes de dependencia en el 20,8% de los hombres y en el 15,8% (gráfico13) de las mujeres; de forma que los hombres de la muestra tienden a ser más dependientes que las mujeres.

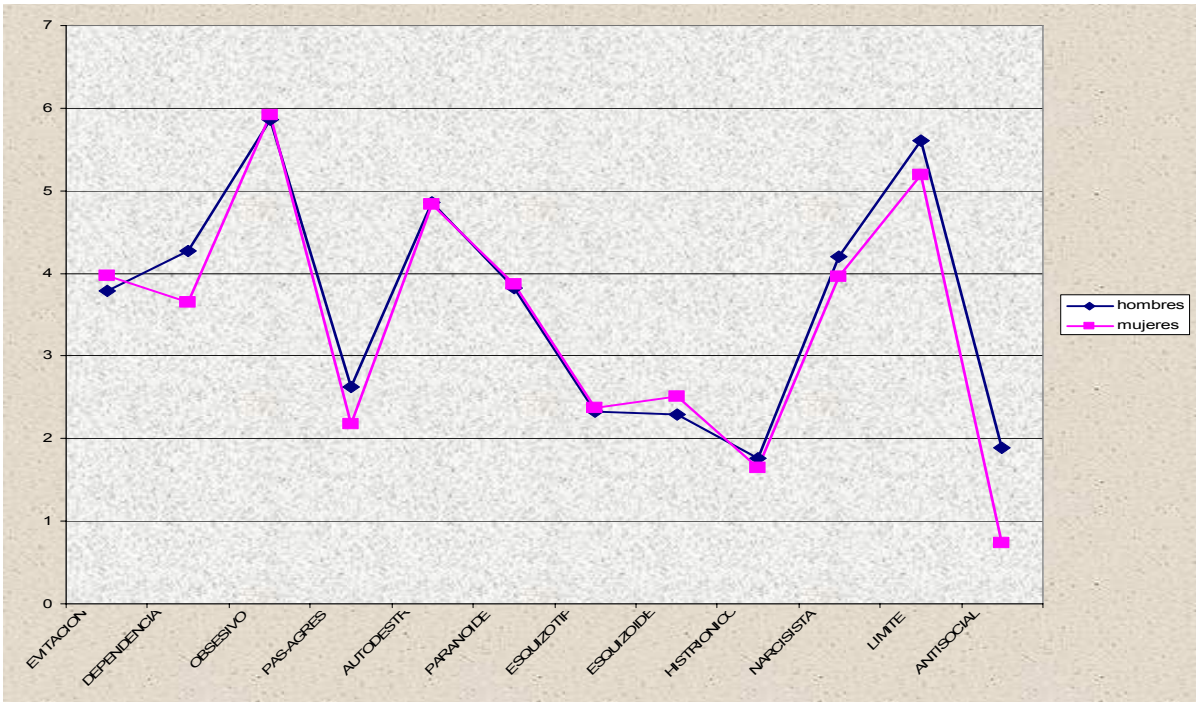
Gráfico 14: Porcentaje de casos de las distintas escalas del SCID-II según el sexo



Al realizar el análisis de la varianza observamos las puntuaciones medias de la distintas escalas del SCID-II obteniendo , al igual que en la prueba del Chi-Cuadrado, dos escalas que muestran diferencias significativamente estadísticas según el sexo. Estas son la Escala Antisocial para una F= 29,852 y una p=0.000 y la Escala de Dependencia para una F= 5,328 y una p= 0.022 (gráfico 14). De esta forma los hombres de la muestra tien-

den a tener más rasgos antisociales y dependientes que las mujeres.

Gráfico 15: Puntuaciones medias de las escalas del SCID-II según el sexo



- **PERFILES DE PERSONALIDAD SEGÚN EL GRUPO DIAGNÓSTICO**

Encontramos, tras la realización de la prueba de significatividad estadística Chi Cuadrado, tres rasgos de personalidad que se presentan de forma diferente desde el punto de vista estadístico entre el grupo ansioso y el grupo depresivo. El rasgo que más diferencias marca es el Autodestructivo con una significatividad del 0.001. Este rasgo aparece en un 34% de la muestra de pacientes ansiosos frente al 56,3% de los pacientes del grupo depresivo. Esto implica que los pacientes depresivos tienden más a la autodestructividad que los pacientes ansiosos.

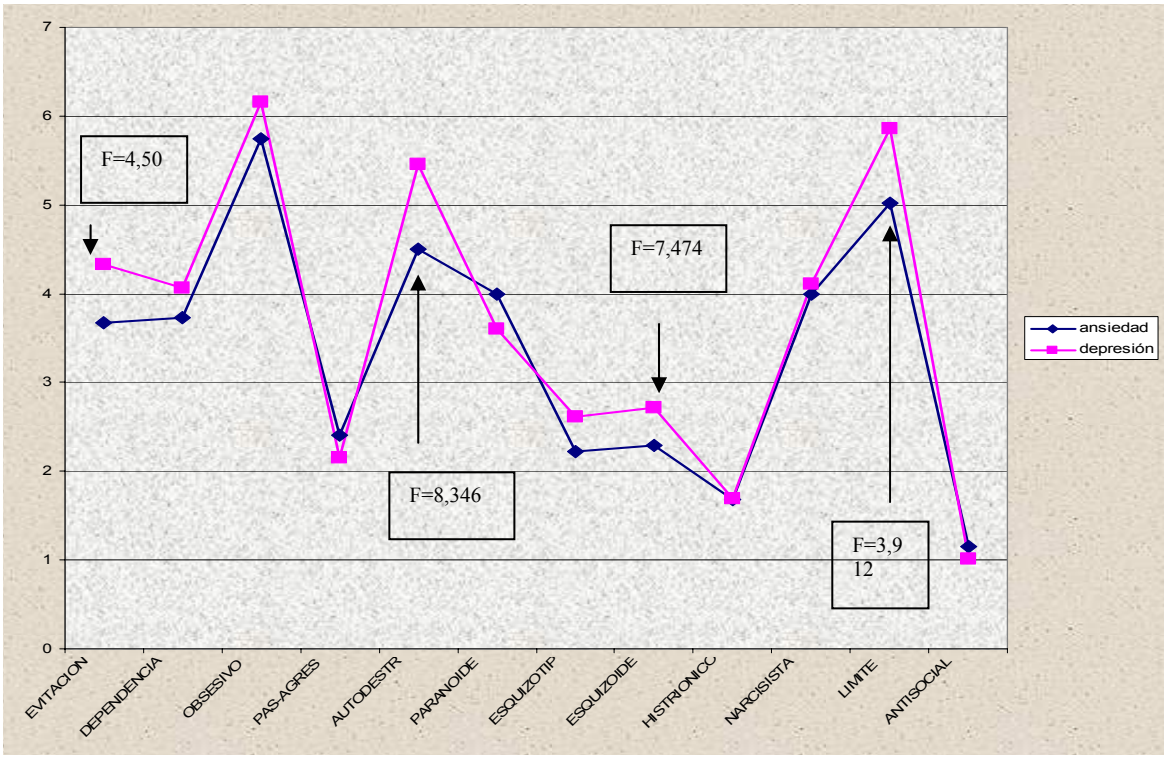
El siguiente rasgo que más diferencias marca es el de Evitación, para una significatividad del 0.009, que aparece positivo en un 34% del grupo ansioso en comparación con el 51,3% del grupo depresivo. Los pacientes depresivos tienden más a la evitación que los ansiosos según este resultado.

El rasgo Límite también nos muestra diferencias estadísticamente significativas entre el grupo ansioso y depresivo con una significatividad del 0.033. Encontramos el rasgo límite en el 43,8% de los pacientes del grupo ansioso y en el 56,3% de los pacientes del grupo depresivo. Según esto los pa-

cientes depresivos tienen mayor tendencia a presentar rasgos de inestabilidad que los ansiosos.

Realizamos asimismo el análisis de la varianza para comparar las puntuaciones medias de las escalas del SCID-II según el grupo diagnóstico. Tras este análisis se obtienen cuatro escalas que marcan diferencias significativas entre los dos grupos diagnósticos. La escala de Evitación señala diferencias significativas para una F= 4,504 y una p=0.035. La escala Autodestructiva es la que muestra unas diferencias más marcadas con una F= 8,346 y una p=0.004. Otra escala que marca diferencias significativas, y que no aparece en el análisis del Chi-Cuadrado es la Escala Esquizoide para una F= 7,474 y una p=0.007. Por último la escala Límite también muestra diferencias entre el grupo ansioso y el depresivo con una F=3,912 y una p=0.049 (ver Gráfico 16). Según esto podemos decir que el grupo depresivo tiende más a la Evitación, a la autodestrucción, a ser esquizoides y límites que el grupo ansioso.

Gráfico 16: Puntuaciones medias de las Escalas del SCID-II según el grupo diagnóstico



- **PERFILES DE PERSONALIDAD EN LOS INTERVALOS DE EDAD**

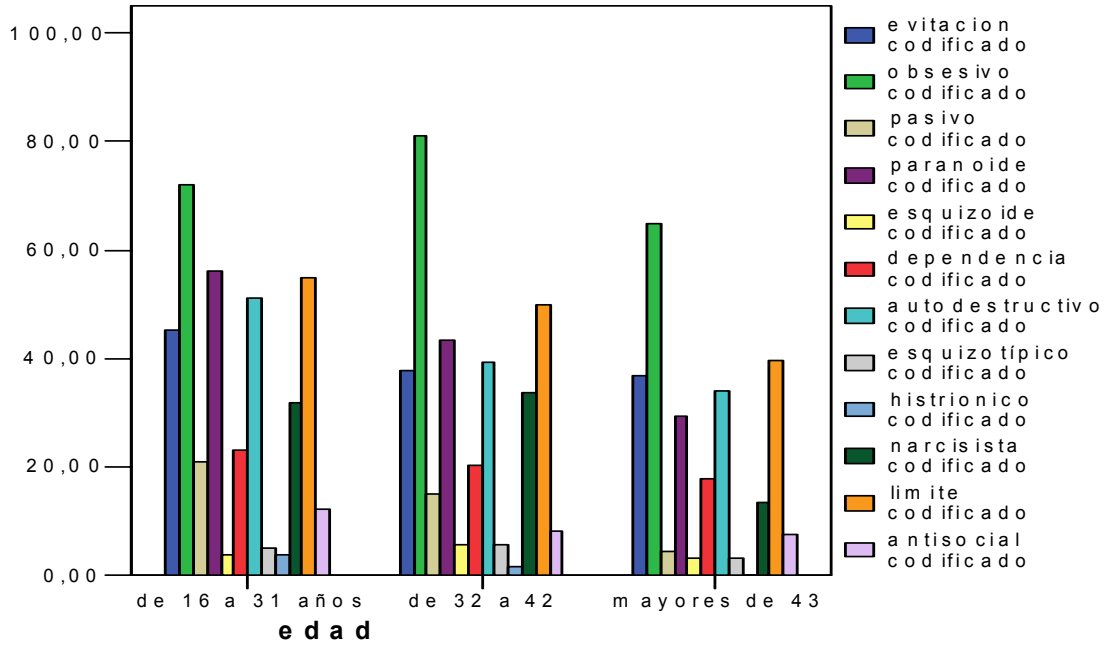
En el estudio de los perfiles de personalidad por intervalos de edad obtenemos tras rasgos que marcan diferencias estadísticas según la prueba estadística de significatividad del Chi Cuadrado. El rasgo que marca las diferen-

cias más marcadas es el Paranoide con una significatividad de 0.005. Observamos que a medida que avanzamos en la edad este rasgo tiende a disminuir (gráfico 17).

El rasgo Pasivo-Agresivo también muestra diferencias en los intervalos de edad con una significatividad del .015 observandose también como el rasgo aparece con menos frecuencia a medida que avanzamos en los intervalos de edad (gráfico 17).

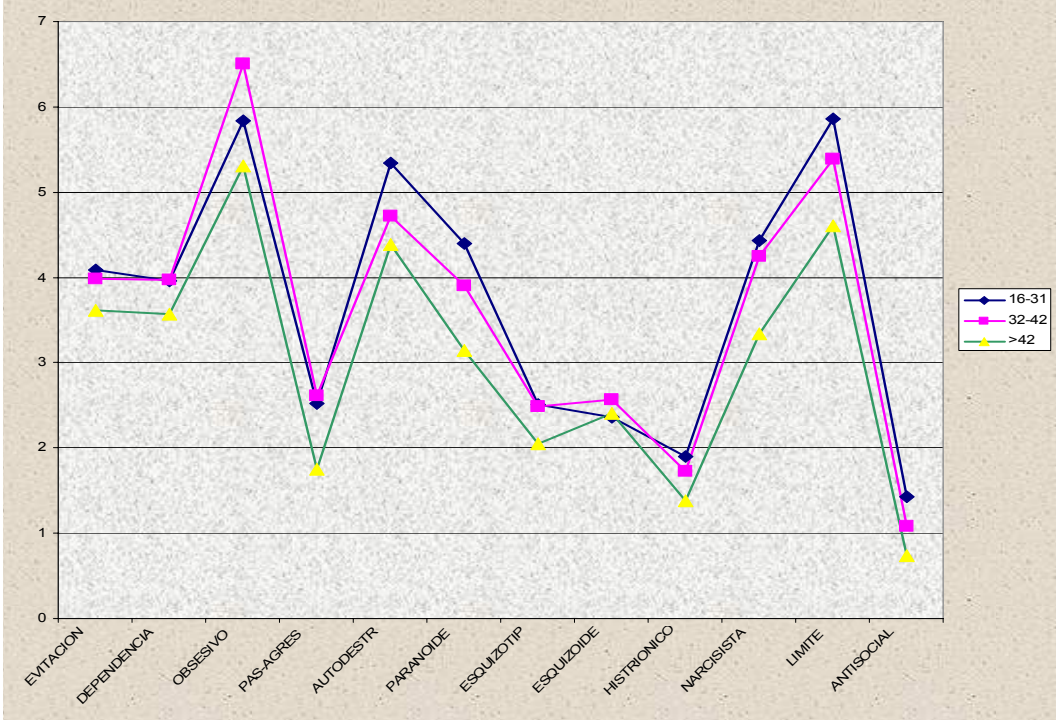
Por último, el rasgo Narcisista con una significatividad del .010 marca diferencias en cuanto a la frecuencia de presentación entre el intervalo de mayor edad con los otros dos intervalos (gráfico 17).

Gráfico 17: Porcentajes de casos de las escalas del SCID-II según los intervalos de Edad



Se realiza, por otra parte, el análisis de la varianza de las escalas del SCID-II comparando los distintos intervalos de edad. De esta manera obtenemos siete escalas que marcan diferencias significativamente estadísticas teniendo en cuesta los intervalos de edad. Estas son la Escala Obsesiva para una F=5,22 y una p=0.006, la Escala Pasivo-Agresiva para una F= 4,497 y una p=0.01, la Escala Autodestructiva para una F= 3,103 y una p=0.047, la Escala Paranoide para una F= 8,33 y una p=.000, la Escala Narcisista con una F=4,959 y una p=.008, la Escala Límite para una F=3,216 y una p=.042 y, por último, la Escala Antisocial para una F= 3,800 y una p=0.024. Estos resultados se muestran en el gráfico 18.

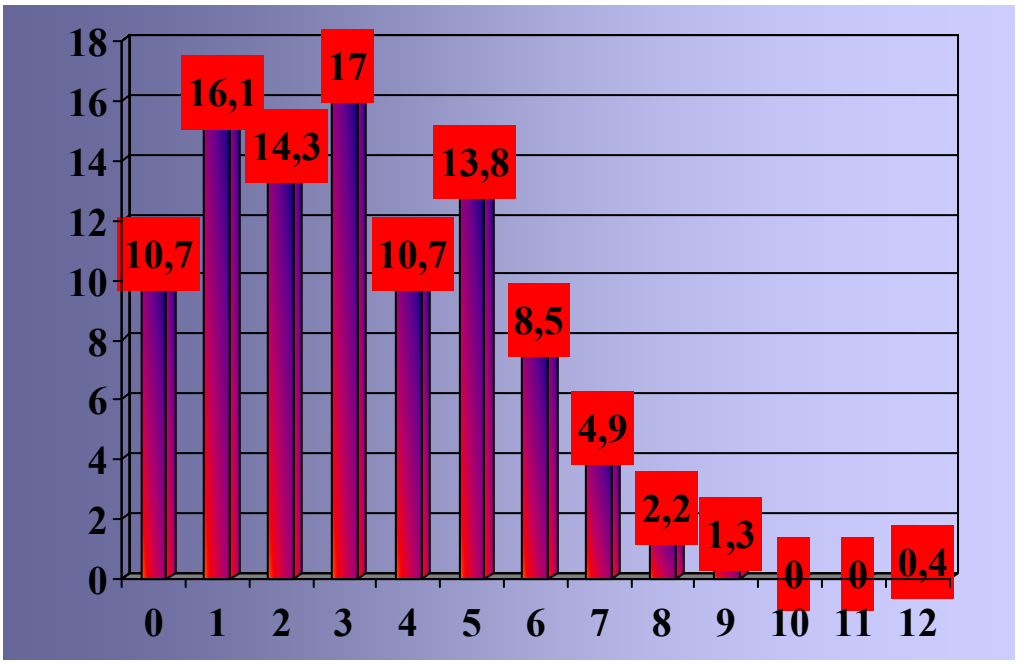
Gráfico 18: Puntuaciones medias de las Escalas del SCID-II según los intervalos de edad



- **NÚMERO DE ESCALAS ELEVADAS**

Los pacientes de esta muestra tienen al menos una escala de personalidad del SCID-II elevada en el 89,7 % de los casos, sólo un 10,7% de los pacientes no presentan ninguna escala patológicamente elevada. La media del número de escalas elevadas del SCID-II es de 3,281 con una desviación típica de 2,303. Estos resultados aparecen reflejados en el gráfico 19.

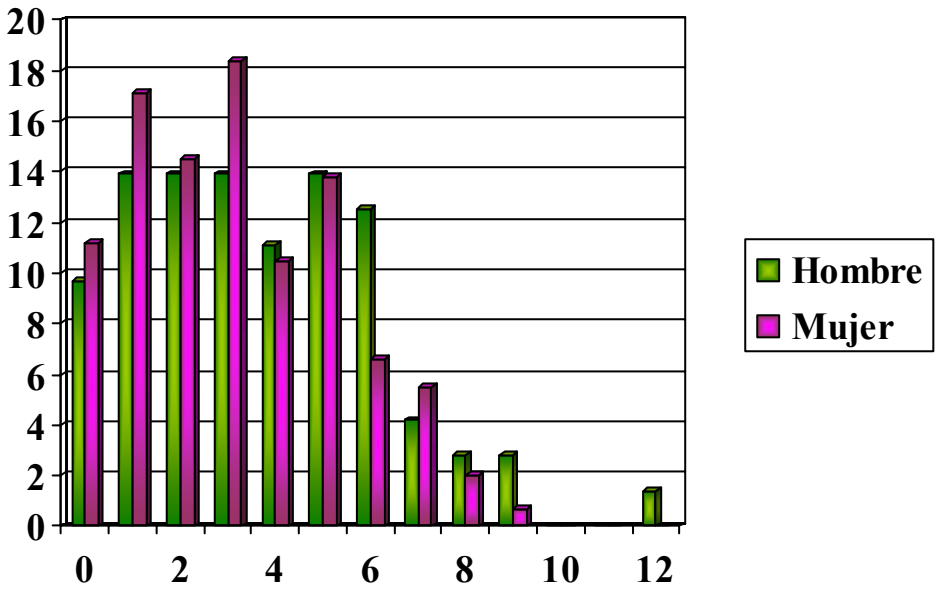
Gráfico 19: Porcentajes del número de escalas del SCID-II elevadas



El número de escalas elevadas más frecuente es la de 3 escalas elevadas.

Al analizar la muestra según el número de escalas elevadas obtenemos que la prueba del Chi-Cuadrado no muestra diferencias significativas según la variable sexo. Este resultado aparece reflejado en el gráfico 20.

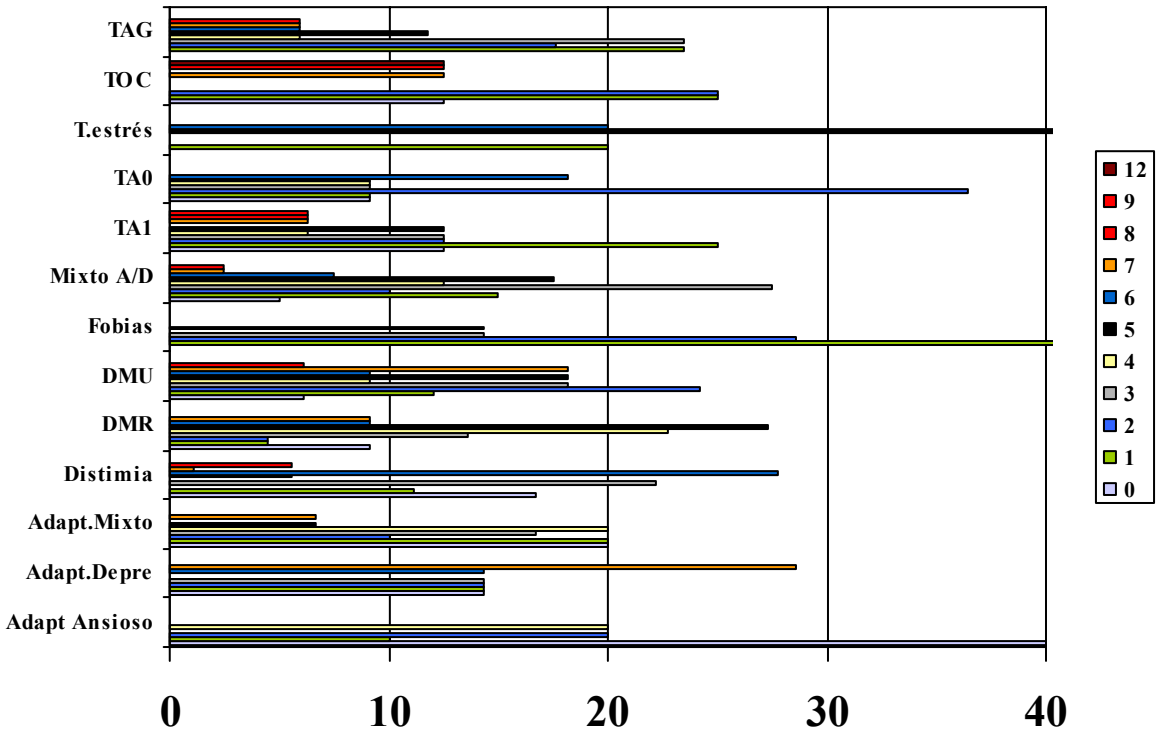
Gráfico 20: Porcentajes de escalas elevadas del SCID-II según el sexo



No se hallan diferencias estadísticamente significativas mediante la prueba del Chi-Cuadrado en el estudio del número de escalas del SCID-II elevadas según el grupo diagnóstico, nivel de estudios, estado civil y grupos de edad. El grupo de trastornos depresivos presenta con menor frecuencia pacientes sin rasgos de personalidad patológicos respecto al grupo de los ansiosos (10% y 11,1%; respectivamente) pero esas diferencias, como decíamos

con anterioridad, no son estadísticamente significativas. Por el contrario, sí existen diferencias significativas entre los distintos diagnósticos psiquiátricos. Así, con una significatividad de p=0.030 se observa que el diagnóstico con un menor número de escalas elevadas y, por tanto, menos patológico, es el Tr. Adaptativo Ansioso seguido del Tr. Adaptativo Mixto. Por contra, el trastorno psiquiátrico que mayor porcentaje de pacientes tiene con un mayor número de escalas del SCID-II elevadas es el Trastorno Obsesivo-Compulsivo que es el único trastorno que llega a alcanzar las 12 escalas del SCID-II alteradas. Estos resultados se muestran en el Gráfico 21.

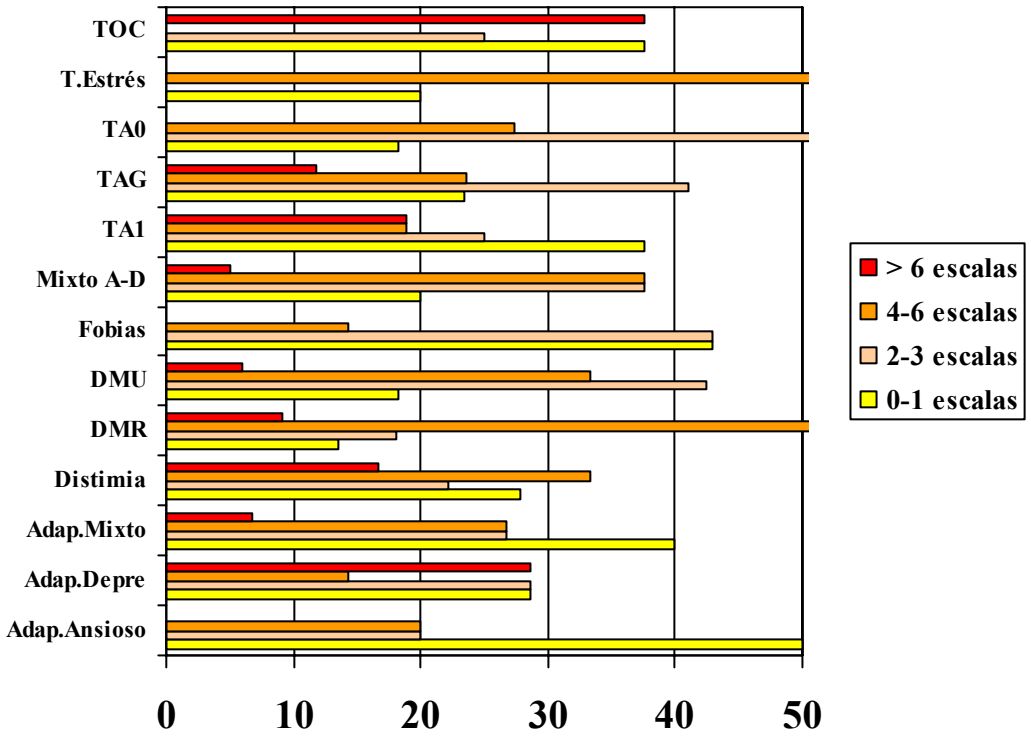
Gráfico 21: Porcentaje de nº de escalas del SCID-II elevadas según los diagnósticos psiquiátricos



Para que se vean de una forma más clara los resultados agruparemos el número de escalas elevadas en 4 intervalos de forma que en el primer intervalo estarán representados los pacientes con ninguna o 1 escala elevada que se correspondería con los pacientes que se podrían considerar sin ninguna o apenas sin patología en el estudio de la personalidad. En un segundo intervalo estarían incluidos aquellos pacientes con 2 y 3 escalas elevadas, que serí-

an los pacientes menos patológicos, en un tercer intervalo se incluirían aquellos pacientes con 4, 5 y 6 escalas y, por último, los pacientes con más de 6 escalas elevadas. Esto está representado en el gráfico 22.

Gráfico 22: Intervalos de porcentajes de escalas elevadas según el diagnóstico psiquiátrico



VARIABLES CLÍNICAS: Respuesta ansiosa y depresiva.

RESPUESTA DEPRESIVA MEDIDA POR EL CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

La puntuación media del Cuestionario de Depresión de Beck en la muestra es 21,57 con una desviación media de 11,318. Se muestran diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación media del BDI entre las submuestras de pacientes diagnosticados de trastorno depresivo y los diagnosticados de trastorno de ansiedad. La puntuación del BDI en el grupo depresivo resultó de 24,47 que es significativamente mayor que la muestra de pacientes con trastorno ansioso que obtuvieron una media de 19,98; obteniéndose una F=8,289 y una significatividad de 0.004.

No se aprecian diferencias en la puntuación media del BDI en el sexo aunque las mujeres tienen unas puntuaciones más elevadas que los hombres; la puntuación media de las mujeres es 22,50 frente al 19,62 de los hombres.

Tampoco existen diferencias en las puntuación media del BDI en los intervalos de edad.

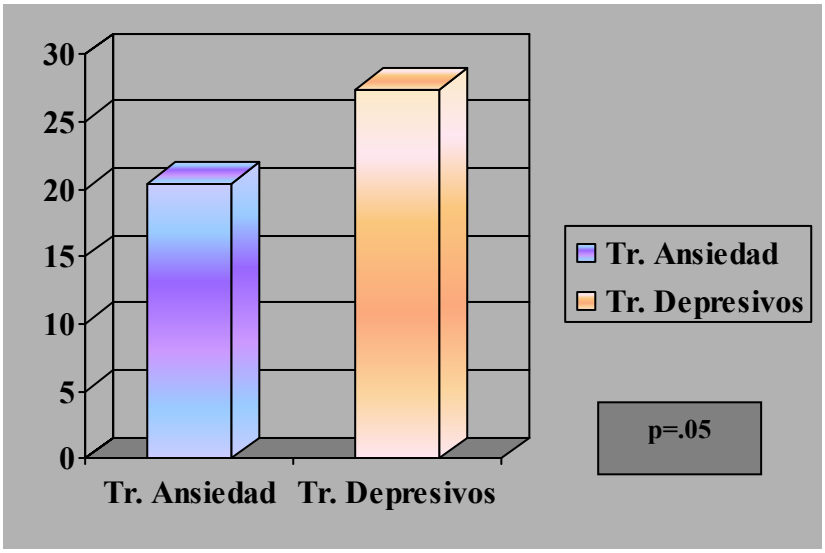
Al analizar las puntuaciones medias obtenidas para los distintos diagnósticos psiquiátricos (Tabla 12) observamos que se establecen diferencias significativamente estadísticas entre ellos para una F=3,024 una significatividad de 0,001. De tal forma que el diagnóstico psiquiátrico que presenta una puntuación media del BDI más elevada fue el trastorno por estrés postraumático con una puntuación media de 34 seguido de la distimia con una media de 27,06. Como diagnósticos con una puntuación media menor destacan el trastorno obsesivo-compulsivo con una media de 12,63 seguido del trastorno de angustia sin agorafobia con una media de 14,36.

Tabla 12: Puntuaciones medias del BDI en los diagnósticos psiquiátricos

Diagnóstico	Media	N	DT
Tr. Adaptativo Ansioso	14,9	10	10,098
Tr. Adaptativo Depresivo	23,71	7	12,01
Tr. Adaptativo Mixto	21,87	30	11,482
Distimia	27,06	18	15,004
Depresión Mayor Recidivante	24,27	22	11,063
Depresión Mayor ep.Único	23,31	32	9,117
Tr. Fóbicos	17,29	7	8,341
Tr. Mixto Ansioso-Depresivo	22,25	40	9,948
Tr. Angustia con Agorafobia	23,5	16	14,895
Tr. Angustia sin Agorafobia	14,36	11	7,145
Tr. Ansiedad Generalizada	15,06	17	6,22
Tr. de Estrés Postraumático	34	5	12,083
Tr. Obsesivo-Compulsivo	12,63	8	7,05

El 75,3% de los pacientes de la muestra resultan casos según el BDI. Si estudiamos las categorías diagnósticas se observa que son positivos según el BDI el 71,5% de los pacientes con trastorno de ansiedad y el 82,3% de los pacientes depresivos. Encontrándose esta diferencia significativa con una p=0.05. Estos resultados se muestran en el gráfico 23.

Gráfico 23: Porcentajes de casos Beck en Tr. de Ansiedad y Tr. Depresivos

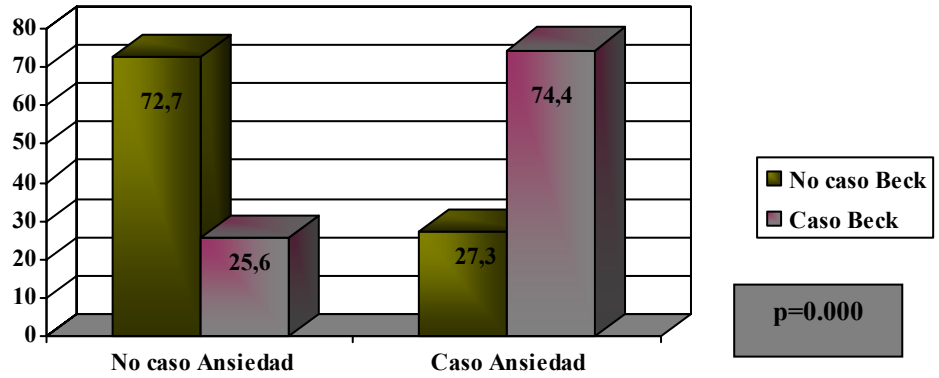


No se han encontrado diferencias significativas respecto a la variable caso Beck ni en el sexo, ni en los intervalos de edad ni para los diagnósticos psiquiátricos.

CRUCE DE LA RESPUESTA DEPRESIVA MEDIDA CON EL BDI CON LA RESPUESTA DE ANSIEDAD MEDIDA CON EL HAD

Al realizar este análisis (Gráfico 24) se observa que la mayoría de los casos de depresión medidos con el Beck son casos de ansiedad según el HAD y que la mayoría de los pacientes que no presentan respuesta depresiva según el Beck tampoco presentan respuesta de ansiedad según el HAD. Este cruce muestra una elevada significatividad estadística con una p=0.000. Este dato hablaría de un gran solapamiento de la respuesta ansiosa y depresiva en esta muestra de pacientes.

Gráfico 24: Porcentajes de casos-no casos de Ansiedad (HAD) en relación con los casos-no casos Beck



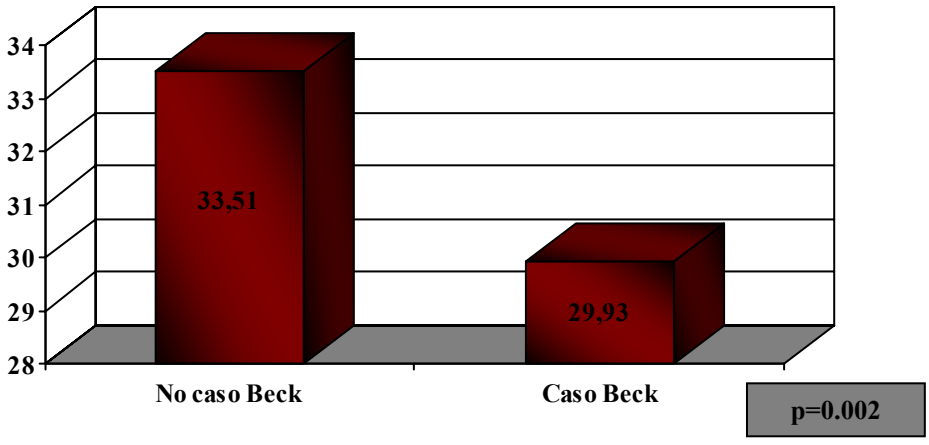
RESULTADOS

RESULTADOS DE LA RELACIÓN DEL BDI CON LAS VARIABLES SOCIOAMBIENTALES

RELACIÓN DEL BDI CON EL APOYO SOCIAL (SASS)

Al estudiar las puntuaciones medias en el SASS de los casos y de los no casos Beck (gráfico 25) observamos una puntuación significativamente menor en los casos Beck respecto a los no casos Beck para una F= 9,455 una significatividad de 0.002. Esto indica un menor apoyo social en el grupo de casos Beck; aún así ambas puntuaciones medias se sitúan por debajo de la normalidad siendo de 33,51 en los no casos Beck frente al 29,93 en los casos Beck.

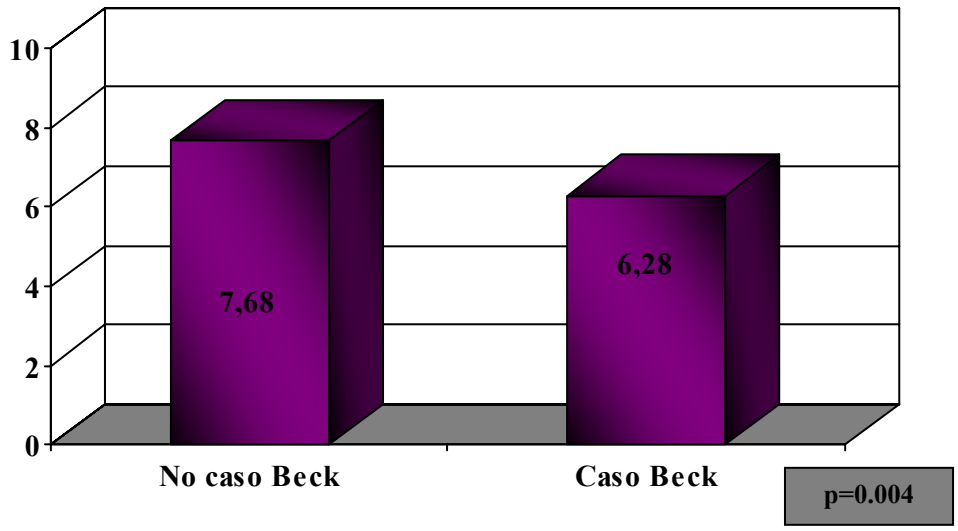
Gráfico 25: Puntuaciones medias del SASS en los casos-no casos Beck



RELACIÓN DEL BDI CON EL APOYO FAMILIAR (FAMILY-APGAR)

En el Gráfico 26 se muestra la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre el apoyo familiar en los casos Beck frente a los no casos. La puntuación media en los casos Beck es de 6,28 frente al 7,68 en los no casos con una F=8,604 una significatividad de 0.004. La puntuación media en los casos Beck resulta patológica al ser inferior a 7, en cambio, se encuentra dentro de la normalidad la puntuación media de los no casos Beck.

Gráfico 26: Puntuaciones medias del Family-APGAR en los casos-no casos Beck

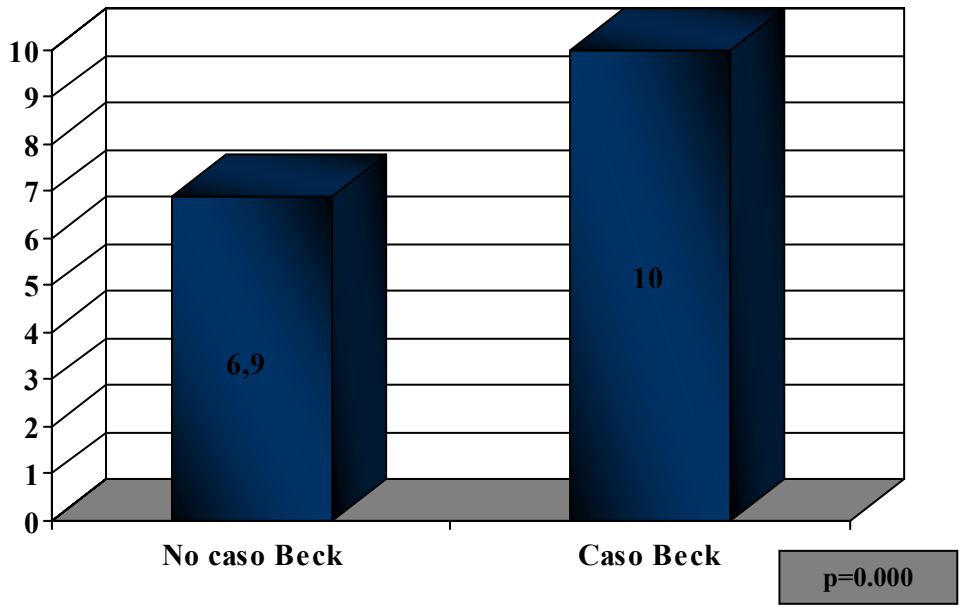


RELACIÓN DEL BDI CON LOS SUCESOS VITALES

- **ÍNDICE DE SUCESOS VITALES**

En el Gráfico 27 se observa que los pacientes "no caso beck" tienen una puntuación media en este índice de 6,9 y en los pacientes "caso Beck" el valor es de 10. Existe una diferencia estadísticamente significativa entre ellos para una F= 13,296, una significatividad de 0.000

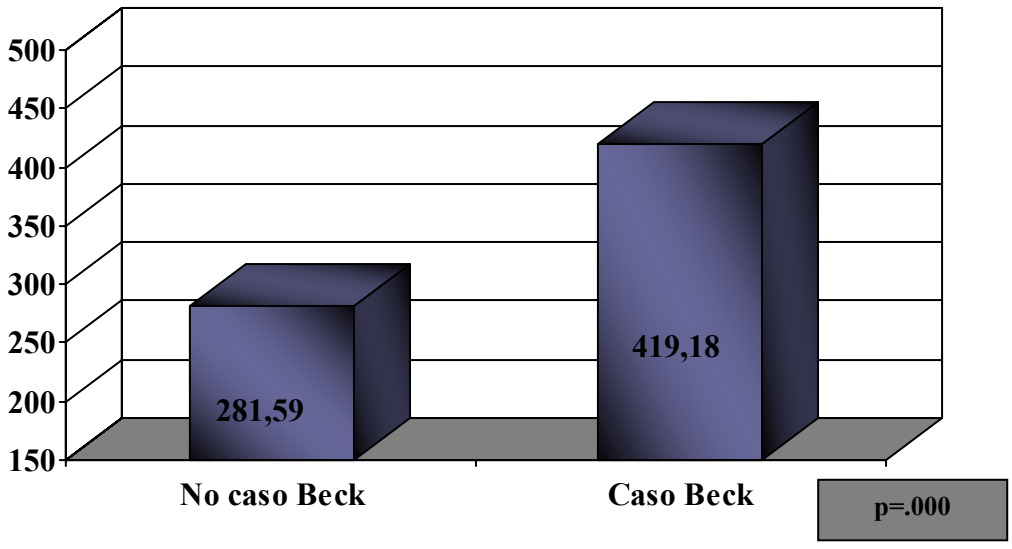
Gráfico 27: Puntuaciones medias del Índice de Sucesos Vitales en los casos-no casos según el BDI



- **ÍNDICE DE REAJUSTE SOCIAL**

Los pacientes "no caso Beck" presentan una puntuación del Índice de Reajuste Social de 281,59. Este valor se sitúa dentro de la categoría de Riesgo Moderado de desarrollar una patología. Los pacientes "caso Beck" tienen una puntuación media de 419,18 lo que les sitúa dentro de la categoría de Alto Riesgo. Estas diferencias tienen significatividad estadística con una F=12,958, una significatividad de 0.000. Estos resultados se muestran en el Gráfico 28.

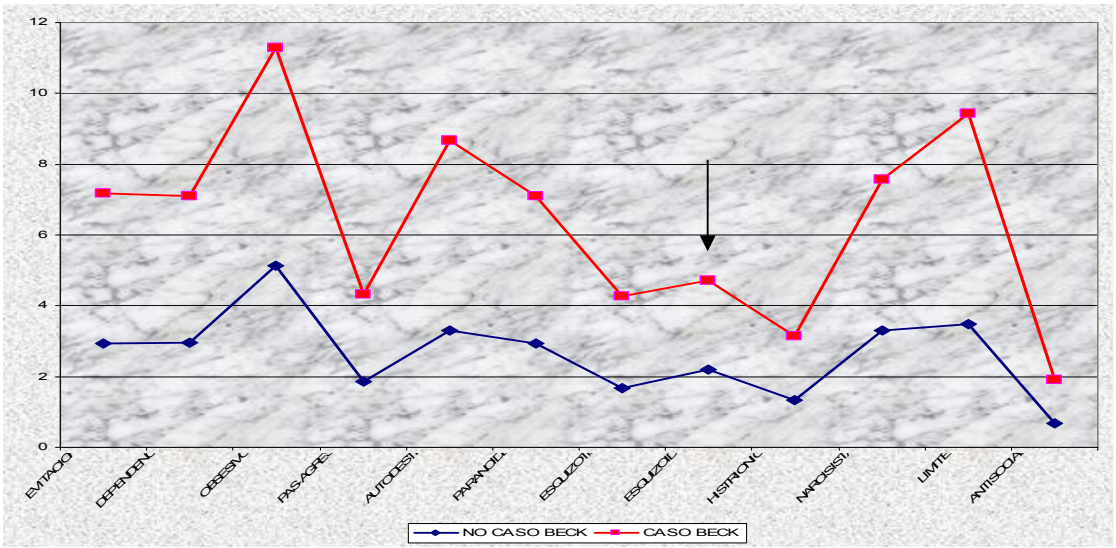
Gráfico 28: Puntuaciones medias del Índice de Reajuste Social en los casos-no casos según el BDI



RESULTADOS DE LA RELACIÓN DEL BDI CON LAS VARIABLES DE PERSONALIDAD

Como se puede apreciar en el Gráfico 29 las escalas de la personalidad aparecen distintamente elevadas en los pacientes diagnosticados como depresivos según la escala Beck en relación con aquellos considerados como no depresivos según esta escala. En el siguiente gráfico se puede apreciar como todas las escalas aparecen significativamente más elevadas en los "casos Beck" en comparación con los "no casos Beck" con excepción de una, que es la escala que marca el rasgo esquizoide.

Gráfico 29: Puntuaciones medias de las escalas del SCID-II en los casos-no casos Beck



Las escalas de personalidad que presentan una significatividad estadística del 0.000 son: Evitación, Dependencia, Autodestructivo, Paranoide, Esquizotípico y Límite. Con una significatividad del 0.002 está la escala Obsesiva. A continuación la siguiente escala con mayor significatividad es la Narcisista con 0.006, seguido del Antisocial con una p=0.018, Histionismo (p=0.024) y Pasivo-agresivo (p=0.038).

RESULTADOS DE LA RELACIÓN DEL BDI CON EL NÚMERO DE ESCALAS DE PERSONALIDAD ELEVADAS

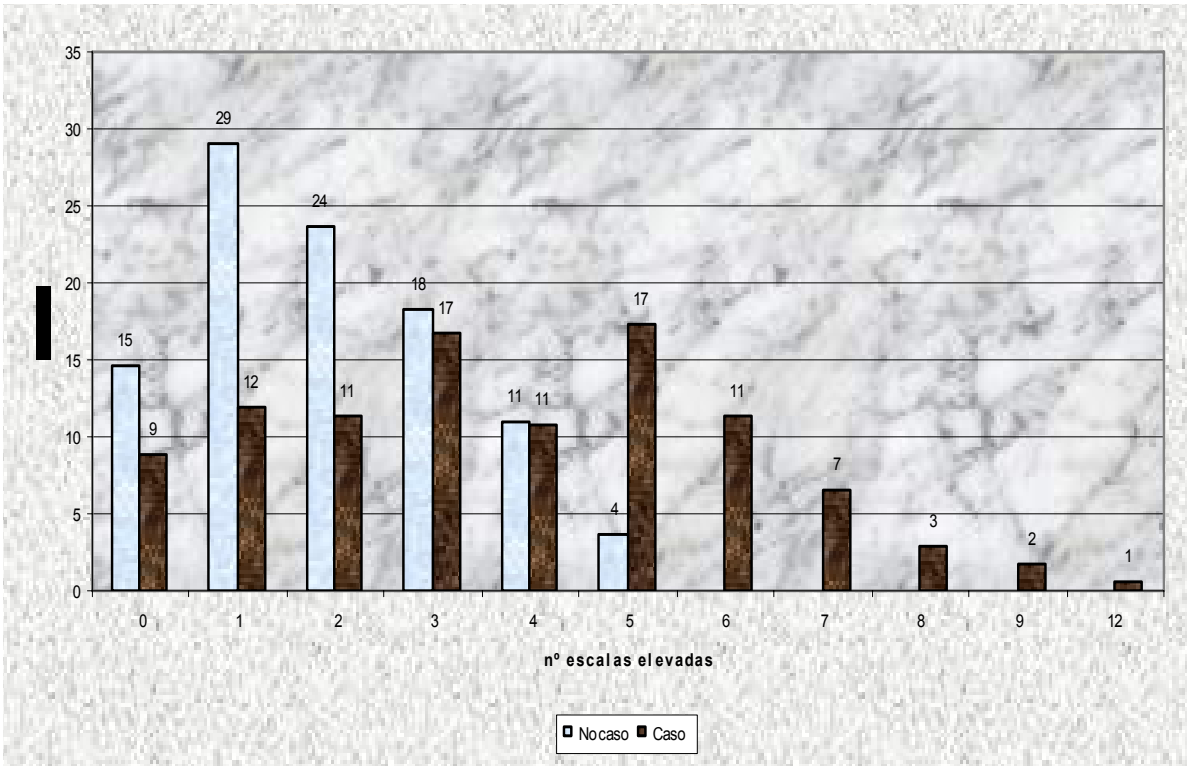
Los pacientes considerados casos con el Beck, muestran también importantes diferencias en el número de escalas elevadas respecto a los "no casos". De esa forma, los pacientes que son "casos Beck" presentan un mayor número de escalas elevadas en relación con los "no casos" y estas diferencias son estadísticamente significativas con una p=0.000.

Un 15% de los "no casos" frente al 9% de los "casos" no presentan ninguna escala elevada.

Los pacientes clasificados como "no casos" Beck tienen como máximo 5 escalas elevadas, en cambio los "casos" Beck llegan a tener las 12 escalas elevadas.

Estos resultados se muestran en el Gráfico 29.

Gráfico 30: Porcentaje de Nº de escalas de personalidad elevadas en los "casos" y "no casos" Beck.



“Casos Beck”

El perfil de personalidad más frecuente entre los casos Beck que tienen una escala elevada es el Obsesivo, apareciendo en un 75% de los casos con una escala elevada.

Entre los pacientes “casos Beck” con dos escalas elevadas la díada más frecuente es la Obsesiva-Paranoide.

Si tomamos en consideración los casos Beck con tres escala elevadas el perfil más común es el Obsesivo-Límite-Autodestructivo.

Para los pacientes con más de tres escalas elevadas el perfil de escalas más frecuente es el Obsesivo-Límite-Autodestructivo-Paranoide.

“No casos Beck”

Para los pacientes con una escala elevada el perfil de personalidad que aparece con más frecuencia es, como en el caso anterior, la escala Obsesiva.

La díada Obsesivo-Evitación es el perfil más frecuente en aquellos pacientes clasificados como “no casos Beck” que tienen dos escalas elevadas.

Entre los pacientes con tres escalas elevadas las tres escalas que aparecen elevadas con más frecuencia son la Obsesiva-Paranoide-Límite.

El perfil de personalidad más frecuente entre los pacientes con más de tres escalas elevadas es el Obsesivo-Paranoide-Límite-Narcisista.

RESULTADOS DE LAS CORRELACIONES DEL BDI CON LAS VARIABLES SOCIOAMBIENTALES

- **Correlaciones en el global de la muestra:**

Se observa, en la Tabla 13, una fuerte correlación entre el BDI y las variables socioambientales. Presenta el BDI con todas ellas una correlación estadísticamente significativa con un valor de .001. Por otro lado también se observan correlaciones estadísticamente significativas entre el apoyo social y el apoyo familiar con un valor de 0.001; del Indice de Sucesos Vitales con el Índice de Reajuste Social (p=0.001), el Índice de Sucesos Vitales con el apoyo familiar (p=0.001) y el Índice de Reajuste Social con el apoyo familiar con una significatividad estadística de 0.001.

Tabla 13: Correlaciones del BDI con las variables socio-ambientales (muestra global)

	Apoyo Social (SASS)	*Apoyo Familiar (APGAR)*	*Índice de Sucesos Vitales*	*Índice de Reajuste Social*
BDI	-.414 **	-.326 **	.376 **	.378 **
SASS	1,00	.246 **	- .064	-.050
APGAR	.326 **	1,00	-.246 **	-.271 **
ISV	.064 (-)	-.246 **	1,00	.970 **
IRS	.050 (-)	-.271 **	.970 **	1,00

Significatividad de .001 =** y de .005=*

- **Correlaciones del BDI para los pacientes "no caso Beck":**

En el caso de la submuestra de pacientes "no caso Beck" (Tabla 14) obtenemos un menor índice de correlaciones estadísticamente significativas de forma que el BDI sólo se correlaciona de forma significativa con el apoyo social con un valor de 0.001 y con menor significatividad con el apoyo familiar obteniéndose un valor de 0.005. Se mantiene una correlación estadísticamente significativa de 0.001 del Índice de Sucesos Vitales con el Índice de Reajuste Social, no encontrándose más correlaciones estadísticamente significativas.

Tabla 14: Correlaciones del BDI con las variables socio-ambientales ("no casos Beck")

	Apoyo Social (SASS)	*Apoyo Familiar (APGAR)*	*Índice de Sucesos Vitales*	*Índice de Reajuste Social*
BDI	-.368 *	-.302 *	.219	.213
SASS	1,00	.136	.281	.280
APGAR	.136	1,00	-.102	-.135
ISV	.281	- .102	1,00	.966 **
IRS	.280	- .135	.966 **	1,00

Significatividad de .001 =** y de .005=*

- **Correlaciones del BDI para los pacientes "caso Beck":**

Si se toma en consideración sólo los pacientes que han dado positivos en el BDI obtenemos correlaciones estadísticamente significativas del BDI con todos los parámetros de las variables socio-ambientales alcanzando en todos los casos una significatividad de 0.001 (Tabla 15). Por otro lado, hay una correlación estadísticamente significativa del apoyo social con el apoyo familiar aunque resulta de menor intensidad que cuando se consideraba la muestra global; en la muestra global tenía un valor de 0.001 y ahora es de 0.005. Se pone de manifiesto una correlación estadísticamente significativa

entre el apoyo familiar y el Índice de Sucesos Vitales con una p=0.005 y con el Índice de Reajuste Social, en este último caso alcanzando un valor de 0.001. Se mantiene, como en los dos supuestos anteriores, una elevada correlación entre el Índice de Sucesos Vitales y el Índice de Reajuste Social.

Tabla 15: Correlaciones del BDI con las variables socio-ambientales ("casos Beck")

	Apoyo Social (SASS)	*Apoyo Familiar (APGAR)*	*Índice de Sucesos Vitales*	*Índice de Reajuste Social*
BDI	*.369 ** (-)*	*.264 ** (-)*	*.299 **	*.303 **
SASS	1,00	.205 *	.042 (-)	.031 (-)
APGAR	.205 *	1,00	.201 * (-)	.233 ** (-)
ISV	.042 (-)	.201 * (-)	1,00	.968 **
IRS	.031 (-)	.233 ** (-)	.968 **	1,00

Significatividad de .001 =** y de .005=*

RESULTADOS DE LAS CORRELACIONES DEL BDI CON LAS VARIABLES DE PERSONALIDAD

En el estudio de la correlación entre los resultados del Inventario de Depresión de Beck con los perfiles de la personalidad de los pacientes de la muestra obtenemos que la mayor parte de los rasgos de personalidad correlacionan de forma estadísticamente significativa con el BDI, como se muestra en la Tabla 16. El rasgo de personalidad que presenta una correlación mayor es el rasgo Autodestructivo de personalidad seguido del rasgo Límite.

Los rasgos de personalidad que no se correlacionan significativamente con el BDI son el rasgo Pasivo-Agresivo y el rasgo de Histrionismo.

Tabla 16: Correlación del BDI con las puntuaciones de los rasgos de personalidad (muestra global)

RASGOS DE PERSONALIDAD	BDI
Evitación	.394 **
Dependencia	.312 **
Obsesivo	.315 **
Pasivo-Agresivo	.097
Autodestructivo	.501 **
Paranoide	.361 **
Esquizotípico	.372 **
Esquizoide	.154*
Histrionismo	.129
Narcisista	.297 **
Límite	.483 **
Antisocial	.172 *

Significatividad de .001 =** y de .005=*

Al estudiar la correlación existente entre el BDI con los rasgos de personalidad en aquellos pacientes que no han sido considerados depresivos en el Inventario de Beck, observamos, en la Tabla 17, que hay un número inferior de rasgos de personalidad que correlacionan con el BDI y además esta correlación es menos intensa. Los rasgos de personalidad que no correlacionan de forma estadísticamente significativa con el BDI son el de Dependencia, el Pasivo-Agresivo, el Esquizotípìco, el Esquizoide y el Antisocial.

El rasgo de personalidad que más fuertemente se correlaciona con el BDI es el Límite.

Tabla 17: Correlación del BDI con las puntuaciones de los rasgos de personalidad (" no casos Beck")

RASGOS DE PERSONALIDAD	BDI
Evitación	.427 **
Dependencia	.014 (-)
Obsesivo	.298 **
Pasivo-Agresivo	.095
Autodestructivo	.450 **
Paranoide	.411 **
Esquizotípico	.281 *
Esquizoide	.008
Histrionismo	.130
Narcisista	.172
Límite	.482 **
Antisocial	.012

Significatividad de .001 =** y de .005=*

El BDI correlaciona de forma estadísticamente significativa con todos los rasgos de personalidad excepto en cuatro, en el caso de pacientes considerados "casos Beck"(Tabla 18). Los rasgos de personalidad que no se correlacionan de forma significativa con el BDI son el Pasivo-Agresivo, el Esquizotípico, el Esquizoide y el Antisocial.

El rasgo de personalidad que se correlaciona más fuertemente en este caso es el Autodestructivo.

Tabla 18: Correlación del BDI conlas puntuaciones de los rasgos de personalidad (casos Beck)

RASGOS DE PERSONALIDAD	BDI
Evitación	.300**
Dependencia	.209 **
Obsesivo	.249 **
Pasivo-Agresivo	.012 (-)
Autodestructivo	.363 **
Paranoide	.239 **
Esquizotípico	.302 **
Esquizoide	.114
Histrionismo	.021
Narcisista	.251 **
Límite	.344 **
Antisocial	.093

Significatividad de .001 =** y de .005=*

ANÁLISIS DE REGRESIÓN

El estudio del análisis de regresión nos permite predecir la respuesta depresiva en los pacientes de la muestra. Para la predicción usaremos el menor número de variables posibles que presentan una mayor correlación con la respuesta depresiva medida por el Beck. De esta forma vamos a predecir la respuesta depresiva en los hombres de la muestra, en los hombres diagnosticados de un trastorno de ansiedad, en los hombres diagnosticados de un trastorno depresivo, en las mujeres de la muestra, en las mujeres con un trastorno de ansiedad, en las mujeres con un trastorno depresivo y en el global de la muestra.

- ## ANÁLISIS DE REGRESIÓN EN LOS HOMBRES:

Para predecir la respuesta depresiva en los hombres, las variables con una mayor correlación en este caso son el apoyo familiar medido por el APGAR y el rasgo evitativo de la personalidad. Con estas dos variables y, tal como se muestra en la Tabla 19, obtenemos una R-Cuadrado del 0.386, esto quiere decir que mediante esta fórmula explicamos el 39% de la varianza.

Tabla 19: Análisis de regresión en los hombres

BDI= -1.533*APGAR+1.893*EVITACIÓN+22.126

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
APGAR	-1.532935	0.386414	-3.967081	0.0002
EVITACIO	1.892990	0.520349	3.637922	0.0006
C	22.12575	3.715044	5.955717	0.0000

R-squared	0.387027	Mean dependent var	19.58462
Adjusted R-squared	0.367254	S.D. dependent var	11.36455
S.E. of regression	9.039967	Akaike info criterion	7.286243
Sum squared resid	5066.702	Schwarz criterion	7.386599
Log likelihood	-233.8029	F-statistic	19.57320
Durbin-Watson stat	0.452038	Prob(F-statistic)	0.000000

- **ANÁLISIS DE REGRESIÓN EN LOS HOMBRES DEPRIMIDOS**

Para intentar predecir la respuesta depresiva en los hombres diagnosticados de un trastorno depresivo utilizamos las siguientes variables: el soporte familiar medido con el APGAR, el soporte social medido con el SASS y los rasgos de personalidad autodestructivo y evitativo. De esta forma, y tal como se muestra en la Tabla 20, obtenemos una predicción del 55% de la varianza medida por el resultado de la R-Cuadrado.

Tabla 20: Análisis de regresión en los hombres deprimidos

BDI= 0.555*AUTODESTRUC-0.791*APGAR+1.358*EVITAC-0.846*SASS+43.076

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
AUTODEST	0.554955	1.133302	0.489680	0.6297
APGAR	-0.790681	0.822740	-0.961034	0.3480
EVITACIO	1.358194	1.040537	1.305281	0.2066
SASS	-0.846248	0.357114	-2.369688	0.0280
C	43.07646	13.96283	3.085081	0.0058
R-squared	0.547241	Mean dependent var		23.20000
Adjusted R-squared	0.456689	S.D. dependent var		12.13466
S.E. of regression	8.944410	Akaike info criterion		7.396791
Sum squared resid	1600.049	Schwarz criterion		7.640566
Log likelihood	-87.45989	F-statistic		6.043409
Durbin-Watson stat	0.888547	Prob(F-statistic)		0.002343

- **ANÁLISIS DE REGRESIÓN DE LOS HOMBRES ANSIOSOS**

En el estudio de la predicción de la respuesta depresiva en los pacientes masculinos diagnosticados de un trastorno de ansiedad (Tabla 21). Para este grupo las dos variables que nos permiten una mayor predicción de la respuesta depresiva (BDI) son dos rasgos de personalidad el rasgo paranoide y el límite, en este caso las variables socio-ambientales no son las más rele-

vantes a la hora de predecir la respuesta depresiva en hombres con un trastorno de ansiedad. Esta fórmula que se expresa a continuación nos permite explicar el 51% de la varianza.

Tabla 21: Análisis de regresión en los hombres ansiosos

BDI= 2.491*PARANOIDE+1.039*LÍMITE+2.571

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
PARANOID	2.491808	0.766980	3.248856	0.0024
LIMITE	1.039290	0.421175	2.467597	0.0181
C	2.570828	2.619856	0.981286	0.3325
R-squared	0.513159	Mean dependent var		17.57143
Adjusted R-squared	0.488193	S.D. dependent var		9.136213
S.E. of regression	6.536112	Akaike info criterion		6.661311
Sum squared resid	1666.110	Schwarz criterion		6.785431
Log likelihood	-136.8875	F-statistic		20.55413
Durbin-Watson stat	0.846563	Prob(F-statistic)		0.000001

- ## ANÁLISIS DE REGRESIÓN EN LAS MUJERES

Tal como se observa en la Tabla 22, en las mujeres la predicción de la respuesta depresiva que explica el 44% de la varianza se obtiene mediante las

variables de apoyo social medido con el SASS, el Índice de Reajuste Social y las variables Límite y Autodestructivo de personalidad.

Tabla 22: Análisis de regresión en las mujeres

BDI = 0.896*AUTODEST+0.748*LÍMITE+0.014*IRS-O.586*SASS+27.364

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
AUTODEST	0.895627	0.425765	2.103570	0.0377
LIMITE	0.748549	0.325642	2.298684	0.0234
RLCQIRS	0.013976	0.003594	3.888800	0.0002
SASS	-0.585610	0.129291	-4.529381	0.0000
C	27.36398	4.806517	5.693100	0.0000

R-squared	0.436517	Mean dependent var	23.41593
Adjusted R-squared	0.415647	S.D. dependent var	11.44687
S.E. of regression	8.750330	Akaike info criterion	7.219299
Sum squared resid	8269.373	Schwarz criterion	7.339980
Log likelihood	-402.8904	F-statistic	20.91623
Durbin-Watson stat	1.138308	Prob(F-statistic)	0.000000

- **ANALISIS DE REGRESIÓN EN LAS MUJERES DEPRESIVAS**

Las variables que mejor predicen la respuesta depresiva medida con el Beck en el subgrupo de mujeres depresivas son el apoyo social medido me-

diante el SASS, el Índice de Sucesos Vitales y el rasgo Obsesivo de la personalidad. Mediante esta fórmula logramos explicar el 35% de la varianza. Estos resultados se observan en la tabla 23.

Tabla 23: Análisis de regresión en las mujeres depresivas

BDI =0.601*ISV-0.547*SASS+1.847*OBSESIVO+24.634

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
RLCQISV	0.600753	0.280903	2.138646	0.0395
SASS	-0.547543	0.235430	-2.325715	0.0260
OBSESIVO	1.847265	0.683234	2.703708	0.0105
C	24.63494	8.357132	2.947775	0.0057
R-squared	0.352746	Mean dependent var		24.89744
Adjusted R-squared	0.297267	S.D. dependent var		10.78204
S.E. of regression	9.038496	Akaike info criterion		7.337777
Sum squared resid	2859.304	Schwarz criterion		7.508399
Log likelihood	-139.0867	F-statistic		6.358190
Durbin-Watson stat	0.857830	Prob(F-statistic)		0.001482

- **ANÁLISIS DE REGRESIÓN DE LAS MUJERES ANSIOSAS**

En la tabla 24 se expone la fórmula y los resultados del análisis de regresión para la submuestra de mujeres diagnosticadas de trastorno de ansiedad. Las variables que han demostrado una mayor predicción con la respues-

ta depresiva en estas pacientes han resultado ser el Índice de Reajuste Social y el rasgo de personalidad tipo límite. Mediante estas dos variables explicamos el 38% de la varianza.

Tabla 24: Análisis de regresión en las mujeres ansiosas

BDI = 1.402*LÍMITE + 0.02*IRS + 6.283

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
LIMITE	1.402207	0.347083	4.039972	0.0001
RLCQIRS	0.020522	0.004271	4.804681	0.0000
C	6.283473	2.344826	2.679718	0.0088

R-squared	0.377705	Mean dependent var	21.59551
Adjusted R-squared	0.363233	S.D. dependent var	11.60987
S.E. of regression	9.264405	Akaike info criterion	7.323363
Sum squared resid	7381.311	Schwarz criterion	7.407250
Log likelihood	-322.8897	F-statistic	26.09909
Durbin-Watson stat	0.886940	Prob(F-statistic)	0.000000

ANÁLISIS DE REGRESIÓN EN EL GLOBAL DE LA MUESTRA

Finalmente se ha realizado el análisis de regresión para la muestra global. Este análisis se muestra en la Tabla 25. Las variables elegidas para la predicción de la respuesta depresiva en el global de la muestra por ser aquellas con un mayor correlación son el apoyo social medido mediante el SASS, el apoyo familiar medido mediante el APGAR y las variables límite y autodestructivo de personalidad. Mediante la fórmula expuesta en la Tabla 25 explicamos el 35% de la varianza.

Tabla 25: Análisis de regresión en el global de la muestra

BDI =-0.522*SASS+1.114*AUTODEST+0.734*LÍMITE-.431*APGAR+31.577

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
SASS	-0.521675	0.114993	-4.536585	0.0000
AUTODEST	1.114007	0.373145	2.985452	0.0033
LIMITE	0.734530	0.294589	2.493405	0.0136
APGAR	-0.431078	0.253462	-1.700761	0.0909
C	31.57719	4.547777	6.943435	0.0000

R-squared	0.351641	Mean dependent var	22.41176
Adjusted R-squared	0.335923	S.D. dependent var	11.39323
S.E. of regression	9.284448	Akaike info criterion	7.323529
Sum squared resid	14223.16	Schwarz criterion	7.415759
Log likelihood	-617.5000	F-statistic	22.37218
Durbin-Watson stat	0.941188	Prob(F-statistic)	0.000000

ANÁLISIS DISCRIMINANTE

El análisis discriminante permite observar la existencia de diferencias entre el *Perfil Caso Beck* y *Perfil no caso Beck* en razón a las variables socio-ambientales y de personalidad. Su estudio permite concluir que el 82,4% de la muestra se encuentra clasificada correctamente según estos parámetros, lo que implica que existen dos grupos bien diferenciados según el hecho de presentar o no en el test de Beck valores de anormalidad. Además se aprecia que discierne tan bien a los "no casos" como a los "casos" Beck. Estos resultados se presentan en la tabla 26.

Tabla 26: Análisis discriminante de la muestra

		Grupos de pertenencia pronosticado		
	Beck	No caso	Caso	total
N	No Caso	28	6	34
	Caso	23	105	128
	Casos desagrupados	0	1	1
Porcentaje	No Caso	82,4	17,6	100
	Caso	18	82	100
	Casos desagrupados	0	100	100

DISCUSIÓN

APOYO SOCIAL

Nuestros resultados ponen de manifiesto la relación entre el deterioro social y la clínica depresiva y están en consonancia con trabajos anteriores (7,184,186,193,335) en los que se pone de manifiesto que es la gravedad de la clínica depresiva la que más influye en el nivel de apoyo social (188,195,334,336,360).

En el trabajo de Bobes y cols. (360) en el que validan la escala SASS observan diferencias significativas ($p<0.001$) entre las puntuaciones medias del SASS y la gravedad del episodio depresivo; en este trabajo se llega a esta misma conclusión al comprobar que los pacientes con clínica depresiva considerada "caso Beck" presentan significativamente ($p=0.002$) una puntuación menor en el apoyo social según el SASS. También son datos similares su puntuación media obtenida de 29 frente a 30,61 en este trabajo; así como sus porcentajes de normalidad del SASS de 30% de pacientes depresivos en el trabajo de Bobes et al, 31,2 % de Desadaptación patente encontrando sólo un caso (0,2%) de superadaptación. En este estudio los resultados son del 29% de normalidad similar al 30% anteriormente descrito, mostrándose diferencia importan-

te con la desadaptación social patente siendo en nuestro estudio menor con un porcentaje del 17%. Quizás esta diferencia sea debida a que en el trabajo de Bobes sólo aparecen recogidos pacientes depresivos y en cambio en este la muestra es de pacientes ansiosos y depresivos suponiéndole a los primeros una menor clínica depresiva y una adaptación social no tan desadaptativamente marcada. Por otro lado, no se encontró ninguno caso de Superadaptación resultado similar al obtenido por Bobes et al. (360) quienes hallaron un único caso.

En este trabajo no se encuentran diferencias significativas en el apoyo social según el sexo. Esto mismo se aprecia en el trabajo de Weissman et al. (198) pero en este último tampoco encuentran diferencias significativas en cuanto a la edad lo que no ocurre en este trabajo que sí se aprecia como en el grupo de mayor edad (mayores de 43 años) hay un mayor apoyo social.

Tampoco se encontraron diferencias significativas entre el apoyo social y la variable sexo en el trabajo de Zlotnick et al. (334).

Sí se encontraron diferencias significativas en la red de apoyo social entre hombres y mujeres en el estudio de Leskela et al. (368) realizado en una muestra de pacientes deprimidos, aquí destacan que las mujeres perciben un mejor apoyo social total. Por otro lado, y a diferencia de este trabajo en el que el grupo con mejor apoyo social es el de mayor edad, en el trabajo de Leskela et al. el grupo con mejor apoyo es el de menor edad. Esta diferencia puede deberse a los distintos intervalos de edad tomadas ya que en nuestra muestra no se incluyen pacientes mayores de 65 años y con un pequeño porcentaje a partir de los 60.

En el estudio de Brown & Moran encontraron que el bajo apoyo de familia y amigos se relaciona con depresión pero no lo relacionaban con la ansiedad. En el presente estudio se relaciona la clínica depresiva de los trastornos de ansiedad y de depresión con el apoyo familiar y el social, encontrando relaciones estadísticamente significativas entre estas asociaciones.

APOYO FAMILIAR

Se han hallados escasos trabajos que relacionen la clínica depresiva con el apoyo familiar. En la mayoría de los casos en los que se estudia este parámetro aparece incluido dentro del parámetro del apoyo social.

Los pacientes ansiosos y depresivos, en este trabajo, perciben como patológico su apoyo familiar en un 32% de los casos; este dato es similar al reflejado en el estudio de Rodríguez Fernández et al. (361) sobre el estudio de la función familiar en pacientes psiquiátricos utilizando el mismo cuestionario que el que aquí se ha usado, el Family-Apgar. Rodriguez Fernández et al concluyen que los pacientes con una enfermedad mental perciben disfunción familiar en el 28% de los casos.

En el estudio de Rodríguez et al. no se encuentran diferencias significativas, al igual que en este trabajo, entre el apoyo familiar y la edad y el apoyo familiar y el sexo sí encontrando diferencias entre el apoyo familiar percibido según el estado civil (mejor apoyo familiar percibido entre los casados) y el nivel de estudios (peor soporte familiar en pacientes con menor nivel edu-

cacional) que no se encuentran en nuestro trabajo. En este estudio la población de casados es la que presenta unos mejores porcentajes de apoyo familiar percibido pero los resultados no son estadísticamente significativos.

En el estudio de Bellón Saameño et al. (362) en el que se estudia la validez del Cuestionario Family-APGAR sobre una muestra de población relacionan el sexo femenino con una menor satisfacción de la función familiar percibida lo que no ocurre en este trabajo ni en otros como el de Rodríguez (361), Rodríguez (363), Casarrubios (369) ni De la Revilla (342); todos estos trabajos realizados en atención primaria y no sobre pacientes ansiosos y/o depresivos; el trabajo de Rodríguez et al. (370) fue realizado sobre una muestra en la que se estudiaba el consumo de alcohol para valorar la función familiar de los pacientes con problemas de alcohol. Tampoco se encuentran diferencias significativas con el sexo en el trabajo sobre pacientes depresivos de Leskela et al. (368).

Bellón Saameño y col. encuentran que los pacientes mayores de 40 años perciben como peor su función familiar aunque lo plantean como resultado

dudoso al no mantenerse en el análisis multivariado; este dato no se corresponde con el obtenido en este trabajo ni en el de Rodríguez (361). También destacan Rodríguez y col. un peor apoyo familiar en pacientes con problemas de alcohol de mayor edad respecto a los de menor edad. También en este trabajo se encuentra un mejor apoyo familiar en pacientes casados que en aquellos sin pareja lo que no ocurre en este trabajo; pero es dudoso hasta que punto estos datos son extrapolables al tratarse de una muestra tan específica como es la de pacientes con problemas de alcohol.

ACONTECIMIENTOS VITALES

En este trabajo se ha intentado poner de manifiesto la importancia de los acontecimientos vitales estresantes en la génesis de la respuesta depresiva. Este concepto ha sido avalado y estudiado por estudios previos como en el de Perris (324), Bartelstone y Trull (325), Monroe y col. (117), Wildes y col (128), Kendler y col. (131), entre otros.

Se encuentra en el trabajo actual una media mayor de acontecimientos vitales (9,29 con D.T. de 5,378) en relación con los datos ofrecidos por Leskela et al de 4,1 con D.T. de 3 por año. Se coincide en el trabajo de Leskela et al en el hecho de que no se encuentran diferencias significativas en el número de acontecimientos vitales según la variable sexo y en el hecho de que los pacientes de menor edad tienen más acontecimientos vitales estresantes. También son encontradas medias menores de 5,97 +/- 2,29 en el trabajo de Fernández López (371) sobre pacientes ingresados y de 4,61 +/- 2,82 sobre sujetos sanos.

Valores de Índice de Sucesos Vitales más similares son los que se encuentran en el artículo de Vizan Ferrero y col (143) realizado sobre pacientes con conducta autodestructiva que informan de una media de 8,69 con D.T. de 4,32.

La media del Índice de Reajuste Social en este estudio es ostensiblemente superior a la hallada en otros trabajos que estudian muestras de pacientes diferentes; así aquí se obtiene una media de Índice de Reajuste Social de 386,73 frente a la media registrada en el trabajo de Vizán y col. (143) de 255,2 +/- 137,01; de 180,69+/-72,03 encontrada por Fernández (371) en pacientes orgánicos ingresados en un hospital general o de 112,32+/- 72,41 señalada por la misma autora para sujetos sanos de la población general.

En el trabajo de Morena Fumera & González de la Rivera (71) hallan cifras de 376,3 en pacientes con una enfermedad orgánica frente al 195,4 en sujetos sanos. Las cifras en pacientes con una enfermedad somática son bastante más similares a las expuestas en el actual trabajo.

Coincidiendo con los datos presentados en este trabajo en los que no se hallan diferencias significativas según la variable sexo en el número de acontecimientos se encuentran el trabajo de Vizán y col (143) y el de Zlotnick y col (334).

En el trabajo de Hettema et al. (160) se concluye que los hombres son más vulnerables al efecto depresivógeno de los acontecimientos vitales estresantes que las mujeres. En nuestro trabajo se encuentran más acontecimientos vitales estresantes en las mujeres que en los hombres aunque las diferencias no son significativas. Así de acuerdo con el trabajo de Hettema se podría decir que las mujeres para tener una respuesta depresiva precisan de un mayor número de estresores que los hombres. También en el trabajo de González de la Rivera y cols. (170) hablan de un mayor número de acontecimientos vitales en mujeres que en hombres y además también de un mayor estrés en edades menores; este resultado también se obtiene en el presente estudio.

Brown expone en su libro sobre los acontecimientos vitales y la enfermedad que la mayoría de los episodios de depresión están provocados por

diversos acontecimientos vitales amenazadores que ocurren, en la mayoría de los casos dentro de unas pocas semanas antes del inicio (372). Como en los trastornos depresivos, los ansiosos son comúnmente provocados por diversos acontecimientos vitales en los seis meses previos al inicio (373). En este estudio se expone la relación estadísticamente significativa entre los acontecimientos vitales y la aparición de una respuesta depresiva medida con el Beck Depression Inventory (BDI).

PERFILES DE PERSONALIDAD

Un estudio de Farmer & Chapman (374) sobre el SCID-II encontró que el 58% de los individuos sin patología psiquiátrica a los que se les realizó la entrevista tenían al menos un trastorno de personalidad. Si esto es así, no nos debe extrañar las elevadas frecuencias de rasgos de personalidad patológicas expuestas en este trabajo.

Alnaes y Torgensen (283) encuentran una prevalencia de trastornos de personalidad en una muestra de pacientes ambulatorios del 81%.

En el trabajo de Joffe y Regan (289) sobre la personalidad y la depresión observan que no hay ninguna persona sin trastorno de personalidad durante el estado depresivo e incluso todos sus pacientes tenían dos o más trastornos de la personalidad diagnosticados. En nuestro trabajo encontramos que el 92% de los pacientes con clínica depresiva (los casos Beck) presentan algún rasgo patológico de personalidad frente al 85% de los que no presentan

clínica depresiva evidente según el Cuestionario de Depresión de Beck. Cuando el paciente se recuperaba, el porcentaje de al menos un trastorno de la personalidad, según Joffe y Regan era del 72%.

En el trabajo de Oldham y cols. (375) se muestra una comorbilidad elevada entre depresión y trastornos de personalidad de un 87% si los trastornos de personalidad son evaluados con el SCID-II y del 81% si se evalúan con el PDE.

Frecuencia de comorbilidad menores entre depresión crónica y trastornos de personalidad son los encontrados por Russell y cols (304). Este grupo presenta unas cifras del 46% de trastornos de personalidad en el grupo de 635 pacientes estudiados con depresión crónica. Brieger y cols. (284,376) ofrecen cifras similares de comorbilidad del 51% de trastornos de personalidad en depresiones unipolares. También en pacientes depresivos Fava y cols. (283) encuentran que el 64% de sus pacientes presentaban, al menos, un trastorno de personalidad comórbido.

Corruble y cols. (286) encuentran cifras de trastornos de personalidad en pacientes con depresión mayor actual del 50 al 85% en pacientes ambulatorios que bajaría hasta el 20-50% en pacientes ingresados.

Sanderson y cols. (280) encuentran trastornos de personalidad en el 50% de los pacientes diagnosticados de depresión, al 52% de los pacientes con distimia y al 69% de los pacientes con doble depresión cifras inferiores a las presentadas en el actual trabajo.

Kool y cols. (282) muestran cifras del 60% de pacientes con depresión mayor que cumplen criterios para un trastorno de la personalidad. Datos más discordantes son los de Pepper y cols. (298) que hallan sólo un 18% de frecuencia de trastornos de personalidad entre pacientes con depresión mayor y del 60% en pacientes con distimia; este último más de acuerdo con el resto de la literatura.

Otro estudio sobre la prevalencia de trastornos de personalidad entre pacientes con depresión mayor en esta ocasión ingresados da cifras del 53%

(313) utilizando las entrevistas del DSM-III para los trastornos de personalidad. Cifra similar es la dad por Mulder y cols.(266) del 45% de trastornos de personalidad en pacientes ambulatorios deprimidos y a la de Pilkonis & Frank (300) de un 48% de personalidad patológica en pacientes con depresión recurrente. Así como Mulder y cols**.** (271) que presentan cifras de más del 50% de trastornos de personalidad en pacientes deprimidos.

También se observan diferencias entre los trastornos de personalidad que se diagnostican si se habla con el paciente o con los informantes. Así en el trabajo de Zimmerman y cols. (273) se habla de un 57,6% de trastornos de personalidad en pacientes deprimidos si se basa el diagnóstico en el informante bajando al 36,4% si se basa en la entrevista con el paciente.

Cifras similares son las expuestas por Melartin y cols. (377) en su estudio sobre la comorbilidad en la depresión mayor. Habla de un 79% de comorbilidad en la depresión mayor con un 44% de comorbilidad de depresión mayor con trastornos de la personalidad.

Por otro lado, los datos del presente estudio sí están incluidas en la revisión que hace Sanderson y cols. (280) que hablan de cifras de trastornos de personalidad entre el 32 y el 92% de las distimias (en este trabajo el 83,3% de las personas con distimia presentan rasgos de personalidad alterados) y entre el 9 y el 88% de los pacientes con Depresión mayor (aquí están entre el 90,9% en depresión mayor recidivante y 93,9 en depresión mayor episodio único). En otro trabajo de Sanderson y cols. (287) concluyen que 2/3 de los pacientes con distimia tienen además un trastorno de personalidad.

También se encuentran frecuencias menores de comorbilidad de trastornos de personalidad con trastornos de ansiedad en el trabajo de Matsunaga y cols. (252); este estudio fue realizado únicamente en pacientes diagnosticados con trastorno obsesivo-compulsivo y encontraron una frecuencia del 53% de pacientes que cumplían criterios para trastornos de personalidad entre los pacientes obsesivo-compulsivos. Si observásemos sólo la frecuencia de rasgos patológicos de personalidad entre los pacientes obsesivos-compulsivos de este trabajo encontraríamos que el 87,5% de los pacientes

presentan rasgos patológicos de personalidad cifras ostensiblemente mayores que las halladas por Matsunaga y cols. También son superiores las cifras encontradas de rasgos de personalidad alterados en los trastornos de ansiedad tomados como grupo ya que este porcentaje serían del 88,9%. También se obtienen en el trabajo actual cifras más elevadas de rasgos de personalidad alterados en el trabajo de Crino y Andrews (248) que analiza trastornos de personalidad alterados en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo.

En otros cuatro trabajos (261-262,278,299) en los que se estudian los trastornos de personalidad en pacientes diagnosticados de trastorno obsesivo-compulsivo los porcentaje de comorbilidad presentaban una gran variabilidad obteniendo valores del 20,4%, del 52% , del 70% y del 75%, este último más cercano a los datos del presente trabajo.

Otros autores que estudiaron la comorbilidad de trastornos de personalidad con trastornos de ansiedad fue el grupo de Garifayos y cols. (241);

estos hallaron trastornos de personalidad en el 65-78% de los pacientes que presentaban Trastorno de ansiedad generalizada según se valorase al paciente en un momento puntual o a lo largo de la vida respectivamente. En el actual estudio la cifra de rasgos patológicos de personalidad entre pacientes con trastorno de ansiedad generalizada es del 100%.

Los datos expuestos en este trabajo son más similares a las que muestran Osone y Takahashi (291); en una muestra de pacientes con trastorno de ansiedad hallan trastornos de personalidad evaluados con el SCID-II como cuestionario en el 70,8% de los pacientes de la muestra. Si utilizaban la entrevista del SCID-II estos datos disminuían al 47,5% de los pacientes de la muestra. Esta similitud se debe a que aquí se ha utilizado también el cuestionario del SCID-II en su forma autoadministrada.

Otros autores que estudian otros trastornos de ansiedad como Sanderson y cols. (290); así encontraron trastornos de personalidad en el 61% de los pacientes con Fobia Social, 49% de los pacientes con Trastorno de Ansiedad

Generalizada y en el 12% de los pacientes con fobia simple. Cifras muy inferiores a la de los rasgos alterados de personalidad aquí presentadas.

Menores porcentajes de trastornos de la personalidad fueron hallados en el trabajo de Langs y cols. (218) sobre una muestra de pacientes con trastorno de pánico; en este caso fue 40,8 % llegando al 68,6% si presentaba clínica depresiva comórbida. Cifras muy inferiores de trastornos de personalidad en pacientes con trastornos de ansiedad son las presentadas por Albert y cols. (268) del 22,9% en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y del 17,1% en pacientes con trastorno de pánico. De todos modos la cifra de trastornos de personalidad en trastorno de pánico que más se repite en la literatura son los que opinan que es cercano al 50% (250-251,279,315,378-379).

En el trabajo de Iketami y cols. (269) donde se estudian los trastornos de personalidad comórbidos en trastorno de pánico con y sin depresión se encontró una frecuencia de trastornos de personalidad del 82,4% en os pacientes con trastorno de pánico y clínica depresiva.

En el trabajo de Rossi y cols. (285) sobre una muestra de pacientes que acuden a una consulta ambulatoria de psiquiatría con diversos diagnósticos en el eje I (trastornos del humor, psicóticos, por uso de sustancias, de ansiedad, somatomorfos, de alimentación y sin diagnóstico en el eje I) encuentran que el 63,5% de los pacientes reciben al menos un diagnóstico de trastorno de personalidad.

Para explicar estas cifras tan elevadas del presente trabajo respecto a la literatura previa hay que fijarse en el hecho de que aquí no se habla de trastornos de personalidad sino de rasgos alterados de personalidad y que pueden no cumplir criterios de trastornos de personalidad. Por otro lado, en la mayoría de los trabajos no estudian todos los rasgos de personalidad que se analizan aquí, ya que el trastorno pasivo-agresivo y el autodestructivo no aparecen en todas las clasificaciones del DSM y, por tanto, muchos de los autores no los estudian.

Según Joffe y Regan (289) el diagnóstico de trastorno de personalidad más frecuentemente hallado en los trastornos depresivos es el trastorno de-

pendiente que se presenta con una frecuencia del 80,9% y del 40,5% según se considere la fase depresiva o en remisión, en cambio, nosotros encontramos como rasgo de personalidad más frecuente el trastorno obsesivo; el rasgo dependiente lo encontramos sólo en un 20,5% de los pacientes de la muestra. El trastorno obsesivo se diagnostica en la muestra de Joffe y Regan (289) en el 2,4% y 14,2% de los pacientes en la fase depresiva y en remisión. Llama la atención el hecho de que este rasgo aumente en frecuencia al resolverse la fase depresiva en este trabajo. Otros datos que llaman la atención en este trabajo de Joffe y Regan (289) son las elevadas frecuencias halladas de trastornos de personalidad esquizoide y esquizotípico de 57,1 y 83,6 respectivamente en la fase depresiva y de 21,4 y 19% en la remisión; trastornos que se encuentran generalmente en baja frecuencia. Quizás estas diferencias sean debidas al uso de un cuestionario distinto al aquí usado para evaluar los rasgos de personalidad. Ellos utilizan el Millon Clinical Multiaxial Inventory mientras aquí se usa el SCID-II.

En el trabajo de Russell y cols. (304) sobre trastornos depresivos crónicos el trastorno de personalidad más frecuentemente hallado es el trastorno

evitativo, seguido del obsesivo. En nuestra muestra el obsesivo es el rasgo de personalidad más frecuente encontrado siendo el evitativo también uno de los más frecuentemente encontrados.

En concordancia con los datos aquí presentados están los de Brieger y cols. (284) que encuentran como trastornos de personalidad más frecuentes entre los trastornos depresivos unipolares el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno límite.

El estudio de Rossi y cols. (258) los trastornos de personalidad más frecuentemente encontrados en los trastornos depresivos son el evitativo, el límite y el obsesivo-compulsivo.

En el trabajo de Oldham y cols. (259) los trastornos de personalidad más frecuentemente encontrados en los trastornos afectivos son el trastorno evitativo y dependiente. En otro trabajo de Oldham y cols. (347) los trastornos de personalidad más frecuentemente hallados son narcisista, evitativo e histrionismo.

En este trabajo se presentan datos similares a los de Mulder y cols. (271) en el que se dice que los pacientes con Depresión Mayor presentan con mayor frecuencia trastornos de personalidad del Cluster B y C aunque también encuentran el trastorno paranoide de personalidad con elevada frecuencia.

Respecto a los trastornos de personalidad más frecuentemente encontrados en los trastornos de ansiedad según Dyck y cols. (254) son evitativo, obsesivo-compulsivo, dependiente y límite. Si tomamos en consideración los cuatro rasgos de personalidad más frecuentemente hallados en el actual trabajo en los trastornos de ansiedad encontramos obsesivo-compulsivo, límite, paranoide y evitación. Así coincidirían tres de los cuatro trastornos. Con quien sí coincidimos completamente en los rasgos de personalidad alterados es con los datos presentados por Flick y cols. (199) que señalan como trastornos de personalidad más frecuentes en una muestra de trastornos afectivos y de ansiedad el evitativo, obsesivo-compulsivo, paranoide y límite.

En el trabajo de Odham y cols. (259) los trastornos de personalidad más

frecuentemente hallados en los trastornos de ansiedad son el límite, evitativo y dependiente. En el trabajo actual los tres rasgos de personalidad más frecuentes en los trastornos de ansiedad son obsesivo-compulsivo, paranoide y límite. También similares a los datos aquí presentados son los de Latas y cols. (251) que concluyen que los trastornos de personalidad más frecuentes en los pacientes con trastorno de angustia con agorafobia son límite seguido de obsesivo-compulsivo, dependiente y paranoide.

En otro trabajo sobre el trastorno de pánico (380) Mavissakalian encontró que los trastornos de personalidad más frecuentemente asociados a este trastorno eran el dependiente, evitativo e histriónico. Al igual que Renneberg y cols. (279) que hallaron como trastornos de personalidad más frecuente en trastorno de pánico el evitativo, seguido de dependiente, histriónico y paranoide. Llama la atención el rasgo de histrionismo ya que en este estudio el porcentaje de pacientes con rasgo histriónico es muy bajo con un 1,8% de frecuencia en la muestra.

El trastorno límite de personalidad fue el más frecuentemente encontrado en el trabajo de Rosssi y cols. sobre pacientes ambulatorios psiquiátricos seguido del trastorno obsesivo. En nuestro trabajo los resultados son a la inversa el rasgo más frecuentemente hallado es el obsesivo seguido del rasgo límite.

Los trastornos de personalidad más frecuentemente hallados en el trastorno de pánico en el estudio de Langs y cols. (218) son los del cluster ansioso-miedoso (evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo). Además estos autores apreciaron que si el paciente tenía clínica depresiva el trastorno evitativo era estadísticamente más frecuente respecto al grupo sin clínica depresiva. Esto último sí concuerda con los hallazgos aquí presentados ya que el rasgo evitativo de personalidad así como cualquiera de los otros rasgos con excepción del esquizoide son más frecuentes en los pacientes considerados caso Beck respecto a los que no cumplen criterios Beck. Además Lang y cols. señalan la fuerte y significativa asociación entre trastornos de personalidad y clínica depresiva en pacientes con trastorno de pánico.

En el trabajo de Iketami y cols. (269) se observó que en los pacientes con trastorno de pánico y clínica depresiva se encontraba con mayor frecuencia que en aquellos con trastorno de pánico sin clínica depresiva los trastornos de personalidad límite, dependiente y obsesivo-compulsivo. Esto está de acuerdo con los resultados presentados en los que se observa que los pacientes con clínica depresiva presentan un mayor número de rasgos patológicos de personalidad respecto a aquellos sin clínica depresiva según el cuestionario Beck.

Sí coincidimos con Blashfield y cols. (381) en su apreciación de que el trastorno con ansiedad generalizada tiene asociados trastornos de personalidad con mayor frecuencia que el trastorno de pánico. En cambio, Starcevic y cols. (382) no encuentra diferencias estadísticamente significativas entre la asociación de trastornos de personalidad con trastorno con ansiedad generalizada y con el trastorno de pánico.

En el estudio de la versión española del SCID-II por Grilo y col (366) se encontró que sólo había un trastorno de la personalidad que era encontrado

con mayor frecuencia en el sexo masculino que en el femenino y ese era el trastorno antisocial de la personalidad. Este resultado también es encontrado por Marinangeli y cols. (383) en su estudio de los trastornos de personalidad en pacientes ingresados con trastornos del humor, trastornos por uso de sustancias y trastornos de ansiedad y así concluyó que el trastorno antisocial de la personalidad era más frecuentemente encontrada en hombres que en mujeres. En este trabajo también se encuentra con mayor frecuencia en los hombres respecto a las mujeres el rasgo antisocial de personalidad y además también encontramos el rasgo dependiente como más frecuente en hombres que desarrollan clínica depresiva respecto a las mujeres.

Datos completamente contradictorios a los aquí expuestos son los del estudio de Barzega y cols. (384) en los que se manifiesta que los hombres con trastorno de pánico tienen con mayor frecuencia que las mujeres trastorno límite de la personalidad y esquizoide y que, por el contrario, las mujeres presentan con mayor frecuencia trastorno histriónico de la personalidad y trastorno dependiente. En el trabajo aquí expuesto no se encuentra en la muestra ningún rasgo de personalidad que aparezca con mayor frecuencia

en mujeres que en hombres y sólo se encuentra que los hombres tienen con mayor frecuencia rasgos de personalidad antisociales y dependientes; este último a la inversa del trabajo de Barzega y cols.

En el trabajo de Fogel & Westlake (272) describen que los pacientes de mayor edad presentan un menor número de trastornos de personalidad respecto a los jóvenes; en nuestro trabajo estas diferencias en los intervalos de edad no son significativas. También en el trabajo de Corruble y Ginestet (310) hay relación entre el hecho de ser más jóvenes los pacientes y padecer con mayor frecuencia trastornos de la personalidad.

Flick y cols. (199) en su estudio de los trastornos de la personalidad en pacientes con ansiedad y depresión observan que los pacientes con trastornos de personalidad eran menos probablemente casados y más solteros o divorciados. En el actual trabajo no se hallaron diferencias significativas entre el estado civil y los rasgos de personalidad.

En el trabajo de Flick y cols. (199), al igual que en el presente estudio se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los trastornos de personalidad y el diagnóstico psiquiátrico. Así, en el estudio de Flick encuentran que los diagnósticos con mayores porcentajes de trastornos de personalidad son la distimia y el trastorno bipolar y con menores porcentajes el trastorno de angustia sin agorafobia. En el presente estudio se observan como trastorno con un mayor porcentaje de rasgos de personalidad alterados el trastorno obsesivo-compulsivo (que no fue evaluado en el estudio de Flick) y como trastornos con menores porcentajes de rasgos de personalidad alterados los trastornos adaptativos que tampoco fueron considerados en el estudio de Flick.

En una revisión de Dolan y cols. (385) de 17 estudios de trastornos de personalidad , el número medio de trastornos de personalidad diagnosticados por paciente está entre 1,5 y 5,6. En el presente trabajo el número medio de rasgos patológicos elevados es de 3,3 por persona. Más bajo es el 2,2 trastornos de personalidad por paciente de Latas y cols. (251) en pacientes con trastorno de angustia con agorafobia; pero sigue dentro de los porcentajes

encontrados en la revisión de Dolan y cols.

En el trabajo de Langs y cols (218) donde se estudia una muestra de pacientes diagnosticados de un trastorno de ansiedad se comparan los pacientes que desarrollan o no clínica depresiva. Estos autores observan diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos basándose en la presencia del trastorno narcisista de la personalidad. Los pacientes que desarrollaban depresión eran diagnosticados con mayor frecuencia de este trastorno de personalidad. En el presente estudio cuando se estudian las diferencias entre el perfil de personalidad de los pacientes con respuesta depresiva o no valorada por el Inventario de Beck encontramos que todos los rasgos de personalidad están más elevados en el grupo con clínica depresiva según el Beck de una manera estadísticamente significativa con excepción del rasgo esquizoide que no marca diferencias significativas.

Otros trabajos, como el de Reich y cols. (253) también exponen el concepto de que aquellos pacientes con trastorno de ansiedad que presentan asociada clínica depresiva respecto a aquellos sin clínica depresiva presentan un

mayor número de trastornos de personalidad. Y a la inversa, los pacientes con trastorno de ansiedad que presentaban trastornos de personalidad con más frecuencia presentaban algún trastorno afectivo asociado (279).

En el intento de relacionar el hecho de padecer rasgos patológicos de personalidad con la gravedad de la enfermedad padecida encontramos en este estudio en concordancia con el trabajo de Iketani y cols. (386) que los pacientes con trastornos de angustia sin agorafobia presentan menos rasgos comórbidos de personalidad patológica que los pacientes con trastorno de angustia sin agorafobia.

Los datos del actual trabajo coinciden con la conclusión de Sanderson y cols (280) que observan como los pacientes con puntuaciones mayores en el Beck Depression Inventory (BDI) tenían trastornos de la personalidad con mayor frecuencia. En general son múltiples los trabajos que refieren un mayor número de trastornos de la personalidad entre aquellos con clínica más severa tanto ansiosa como depresiva (241). Garifallos (296) habla también de

mayores puntuaciones en el BDI entre pacientes con trastorno de personalidad.

También se coincide con los datos aportados por Corruble y cols. (286) que obsevan que los pacientes con trastornos de la personalidad tienen un apoyo social menor y su sintomatología depresiva es más severa.

Latas y cols. (251) describen un peor apoyo familiar en los pacientes con trastornos de personalidad. Esto también se recoge en el presente estudio donde se ve la correlación entre los trastornos de personalidad y el bajo apoyo familiar.

Por otro lado, hay estudios que recomiendan la no valoración de los trastornos de personalidad en el episodio agudo de la enfermedad por la posibilidad de aumentar el porcentaje de diagnósticos realizados de trastornos de la personalidad (276,280,387); también por ese motivo en este estudio no se habla de trastornos de personalidad sino de rasgos o perfiles de personalidad alterados. También esta podría ser la causa de los porcentajes tan eleva-

dos de rasgos de personalidad alterados.

En esta línea en el trabajo de Stuart y cols. (276) dicen que los trastornos de personalidad son dependientes del estado en pacientes agudamente deprimidos y que aparecen conjuntamente con el resto de la sintomatología clínica del trastorno depresivo. Y Rennenberg y cols. (279) destacan que es importante considerar la posibilidad de que los trastornos de personalidad pueden ser reflejo de los efectos del trastorno en el eje I. En el actual estudio se recalcó a los pacientes a la hora de cumplimentar el test que lo cubriesen tal como se consideraban ellos que eran y no basándose en cómo se hallaban en el momento de la evaluación. Otra hipótesis planteada en el trabajo de Corruble y cols. (286) es que la depresión y el trastornos de personalidad podrían ser la expresión de un mismo proceso patológico subyacente. Así, se hablaría de un continuum entre trastorno de personalidad, distimia y depresión.

RESPUESTA DEPRESIVA

En el estudio de Brown & Harris (317) se expone que es mucho más probable que un episodio depresivo emerja en el contexto de un trastorno de ansiedad continuo, en cambio la clínica de ansiedad es menos frecuente que se inicie en un trastorno depresivo crónico. En el actual trabajo se observa que tan frecuente es que los casos de ansiedad resulten positivos como casos Beck como que los trastornos depresivos resulten positivos para la escala de ansiedad del HAD. En el estudio de Brown & Harris achacan la importancia al solapamiento entre los síntomas ansiosos y depresivos a los factores psicosociales. Aquí se expone la importancia tanto de los factores psicosociales como de los rasgos de personalidad de hecho son estos últimos imprescindibles para la obtención de la mejor predicción de la respuesta depresiva.

Siguiendo en esta línea, el estudio de Langs y col. (218) pone de manifiesto que los trastornos de personalidad son factores de vulnerabilidad que predisponen hacia el desarrollo de los estados clínicos bajo la influencia de la

experiencia de eventos vitales particulares que lo que se ha demostrado en el actual trabajo.

En relación a la presencia de clínica depresiva en los trastornos de ansiedad, en el actual trabajo se obtienen cifras del 71% de los trastornos de ansiedad presentan clínica depresiva según el BDI. Comparando estos datos con la literatura previa según la publicación de Fernández & Saadia (306) hablan de que más de la mitad de los pacientes con trastornos de ansiedad presentan un trastorno del ánimo comórbido.

Según el estudio de Ruiten & Rijken (20) el 20% de los trastornos de pánico, el 33% de los trastornos de Ansiedad Generalizada (TAG) y el 90% de los Trastornos fóbicos, TOC y trastornos de estrés postraumáticos cumplían criterios de trastorno depresivo. En el presente estudio las cifras son más elevadas principalmente el los trastornos de pánico y TAG y similares en el resto. Datos de una mayor comorbilidad en trastornos de pánico y depresión son los ofrecidos por Brown & Barlow (1) con porcentajes del 55%. En el presente trabajo el porcentaje de clínica depresiva evaluada mediante el BDI en

los trastornos depresivos es del 71%. Cifras similares de comorbilidad en los pacientes con trastornos de ansiedad son halladas en el trabajo de Moras y cols. (21) con un 79% de comorbilidad al (64), del 67% en el grupo de Apfeldorf (49), 64,1% para Zimmerman et al., 51% en el trabajo de Brown y cols. (29) y en el estudio de Sanderson y cols. (13) un 70% siendo del 33% de comorbilidad con un trastorno depresivo.

Puntuaciones medias del BDI similares a las del presente estudio son las encontradas por Barlow et al. (14). Estos presentan puntuaciones en Agorafobia de 16,19, en Fobia Social de 11,94 y de Fobia Simple de 15; en este trabajo la puntuación media del BDI en trastornos fóbicos es de 17,29. Por otro lado, las puntuaciones medias de Barlow et al para el trastorno de pánico es de 11,43, algo inferiores a las encontradas en el presente trabajo de 14,36. Para el TAG y TOC las puntuaciones medias de Barlow et al son de 12,75 y 23,5 respectivamente y aquí son de 15 y 12,63. Para las Depresiones Mayores el grupo de Barlow encuentra cifras de 28,83 siendo menores las del actual trabajo ya que la puntuación media es de 24,27 en depresiones recurrentes y de 23,31 en depresiones únicas.

Hamilton (41) en 1983 señala que el 80% de los pacientes con trastorno de ansiedad presentan humor depresivo; siendo este dato algo superior al aquí expuesto de 71%. Cifras inferiores de 68%, 65% y 33% son las de Breier y cols. (46) Roth y cols. (43) y Dealy y cols. (388) respectivamente.

El presente estudio se puede considerar la continuación de otro trabajo de investigación presentado en el año 2003 por la Dra. Portela y Dr. Brenlla (389) con el título de "Impacto del índice de sucesos vitales y de la personalidad en la respuesta depresiva". En este trabajo se intenta correlacionar las variables biológicas y psicosociales en la etiopatogenia de la depresión. En este caso se estudia sobre una muestra de 246 individuos sanos. Como escala para la valoración de la clínica ansiosa y depresiva se utiliza la escala de ansiedad y depresión en el hospital (HAD) también usada en el trabajo actual aunque, al igual que en trabajo de Portela y Brenlla, se utilizó el Inventario de Beck en el estudio de la respuesta depresiva; y en la evaluación de los acontecimientos vitales se utiliza el RLCQ, la misma escala que en presente trabajo. La escala que resulta distinta es la que evalúa los rasgos de personalidad ya que en el trabajo de Portela & Brenlla se utilizó el IPDE de la personalidad

que es el cuestionario propuesto por la OMS para detectar posibles trastornos de personalidad. En esta escala no se evalúan, a diferencia del SCID-II, los trastornos de personalidad autodestructivo ni pasivo-agresivo ni esquizotípica.

En el trabajo de Portela y Brenlla (389) obtienen datos iguales a los hallados en el actual estudio como es en el estudio de los rasgos de personalidad según el sexo el hecho de que el rasgo antisocial es más común en hombres que en mujeres. Por otro lado, encuentran cifras de, al menos un rasgo de personalidad alterado, en el 72% de los hombres y en 68% de las mujeres. Datos concordantes con los actuales ya que en el estudio de Portela y Brenlla se trata de una muestra de individuos sanos. Además encuentran que todas las escalas de personalidad se relacionan positivamente con la respuesta depresiva medida con el BDI y las dos escalas que más se correlacionan son límite y paranoide; esto también se encuentra en el actual trabajo con la excepción de dos escalas: la pasivo-agresiva (no evaluada por Portela y Brenlla) y el histrionismo; como dos escalas con una mayor correlación con el BDI en este trabajo se encontraron la límite y la autodestructiva.

Datos distintos a los hallados aquí son, por un lado, el hecho de que encuentren más acontecimientos vitales estresantes de forma significativa en los hombres que en las mujeres. En el actual trabajo aparecían más acontecimientos en las mujeres aunque las diferencias no eran significativas. También encuentran que las mujeres de mayor edad son las que más acontecimientos vitales padecen, lo que es completamente contrario al actual trabajo en el que los grupos de mayor edad padecían un menor número de acontecimientos vitales estresantes. Para entender estas diferencias se debe recordar que el trabajo de Portela y Brenlla se basa en una muestra de individuos sanos que se encontraban estudiando por lo que las diferencias en la edad en un grupo de estudiantes universitarios siempre están más acotadas.

Para predecir la respuesta depresiva en el global de la muestra Portela y Brenlla (389) utilizan las variables de personalidad límite y paranoide y de acontecimientos vitales los relacionados con la salud y la familia. Así obtienen una R cuadrado de 0.390. En el presente estudio las variables que nos permiten una mejor predicción de la respuesta depresiva son los rasgos de personalidad límite (al igual que ellos) y autodestructivo (que como se expu-

so anteriormente no es evaluada en el test de personalidad IPDE utilizada por ellos) y el apoyo familiar y social. Con estas variables se obtiene una R cuadrada de 0,336.

Otro trabajo previo en relación con este tema fue el realizado por Vidal y Brenlla (390) en el 2003 titulado "Perfiles de personalidad en los trastornos afectivos y por ansiedad". En este estudio se tomó una muestra de pacientes ambulatorios diagnosticados de un trastorno afectivo o de un trastorno de ansiedad al igual que en el trabajo actual con una única diferencia; en el trabajo previo se incluyeron pacientes diagnosticados de trastorno bipolar lo que no se hizo en el actual.

En el trabajo de Vidal y Brenlla se obtuvieron porcentajes de perfiles de personalidad alterados en un 82% de los pacientes de la muestra similares al 89,7% del trabajo actual. Por otro lado también coinciden en encontrar la escala antisocial como más frecuente en hombres que en mujeres.

En relación con la edad en el estudio del 2003 se encontró que los pa-

cientes de menor edad tendían a ser más dependientes, evitativos, paranoides, límites y narcisistas. En el presente estudio coincidimos en las escalas paranoide, límite y narcisista como más frecuentes en individuos de menor edad; en este último también la escala pasivo-agresiva, autodestructiva y antisocial aparece con mayor frecuencia en el grupo de menor edad.

En el trabajo de Vidal y Brenlla (390) encontraron una escala de personalidad que diferenciaba a los trastornos de ansiedad de los afectivos que era la escala de evitación. En el trabajo actual esta escala también permite mostrar diferencias entre los trastornos de ansiedad y depresivos pero a mayores también se encontró que marcaban diferencias las escalas de autodestrucción, esquizoide y límite siendo los trastornos depresivos los que más tienden a presentar alteradas estas escalas.

También existe coincidencia en la díada más frecuente de perfiles de personalidad siendo en ambos casos la obsesiva-límite la hallada con más frecuencia.

Resulta importante señalar que ambos estudios coinciden en encontrar el trastorno obsesivo-compulsivo como el trastorno con el perfil de personalidad más alterado.

Destacar que otra tesis de la Universidad de Santiago de Compostela realizada por el Dr. Páramo (391) también tuvo como objetivo el estudio de los acontecimientos vitales y el apoyo social en los pacientes psiquiátricos. En ella se concluye que los individuos que presentan un mayor número de acontecimientos vitales adversos presentan una mayor morbilidad psiquiátrica en relación con aquellos que no sufren acontecimientos vitales adversos o que los sufren en menor número.

Otra conclusión de esta tesis (391) que concuerda con los datos aquí presentados es que la red social escasa incrementa de manera significativa el riesgo de enfermedad psiquiátrica. De hecho, según Páramo y Mateos (391) los acontecimientos vitales adversos adquieren relevancia a la hora de provocar patología psiquiátrica si se acompaña de un apoyo social deficiente.

PUBLICACIONES RELACIONADAS

Publicaciones en revistas internacionales:

- "Sleep disorders in anxious and depressive outpatients".
Autores: M. Vidal Millares, MC García Mahía, J. Brenlla González et al.
Revista: Journal of European College of Neuropsychopharmacology. Octubre 2005:15 424-425.

- "Phobic Symptomatology in anxiety and depressive outpatients"
Autores: M. Vidal Millares, J. Brenlla González, MC García Mahía et al.
Revista: Journal of European College of Neuropsychopharmacology. Octubre 2005:15 546-547

- "Influence of personality and enviromental variables on the reponse of anxiety and depressive patients".
Autores: M. Vidal Millares, J. Brenlla González, MC García Mahía et al.
Revista: Journal of European College of Neuropsychopharmacology. Septiembre 2006:16,suppl 4. 330-330.

Capítulos de libro:

- "Acontecimientos vitales en psiquiatría"
Autores: M. Vidal Millares, J. Brenlla González, MC García Mahía.
Libro de Actas de la XVII Reunión anual de la Asociación Gallega de Psiquiatría. 125-133.

- "Somatizaciones en pacientes ansiosos y depresivos"
Autores: M. Vidal Millares, J. Brenlla González, MC García Mahía.
Libro de Actas de la XVII Reunión anual de la Asociación Gallega de Psiquiatría.
209-214.

Comunicaciones orales:

- "Estudio de la calidad del sueño en pacientes psiquiátricos"
Autores: M. Vidal Millares, MC García Mahía, J. Brenlla González.
Congreso: XIII Congreso Astur-Galaico. Pontevedra, junio 2005.

- "Estudio de los temores en pacientes psiquiátricos"
Autores: M. Vidal Millares, MC García Mahía, J. Brenlla González.
Congreso: XIII Congreso Astur-Galaico. Pontevedra, junio 2005.

- "Acontecimientos vitales en pacientes psiquiátricos"
Autores: M. Vidal Millares, MC García Mahía, J. Brenlla González.
Congreso: XVII Reunión anual de la Asociación Gallega de Psiquiatría. Monforte de Lemos, junio 2006.

- "Somatizaciones en pacientes ansiosos y depresivos"
Autores: M. Vidal Millares, MC García Mahía, J. Brenlla González.
Congreso: XVII Reunión anual de la Asociación Gallega de Psiquiatría. Monforte de Lemos, junio 2006.

Póster en congreso Internacional:

-" Depresive symptomatology prediction in a sample of anxious patients"
Autores: M. Vidal Millares, J. Brenlla González, MC García Mahía, J Mazaira Castro.
Congreso: XIX Congress of the European College of Neuropsychopharmacology. Paris, septiembre 2006.

CONCLUSIONES

1.– Existe una fuerte correlación entre el impacto socio-ambiental negativo (evaluado con ajuste social, apoyo familiar y acontecimientos vitales estresantes) y la respuesta depresiva siendo determinante en la aparición de la respuesta depresiva evaluada con el BDI.

2.– Los pacientes diagnosticados de trastorno depresivo perciben un peor apoyo familiar que el percibido por los pacientes con trastorno de ansiedad.

3.– Es la categoría de trastornos adaptativos la que presenta un perfil de personalidad y socio-ambiental más favorable ; siendo el trastorno obsesivo-compulsivo el que presenta un perfil de personalidad más anormal.

4.– La mayoría de los pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad y de depresión presentan al menos una escala elevada en el SCID (90%) siendo la obsesiva la que aparece elevada con mayor frecuencia (73%).

5.– Las escalas de personalidad, según el SCID, que nos permite la diferencia-

ción entre trastornos depresivos y de ansiedad son la autodestructiva, evitativa, esquizoide y límite.

6.– Los perfiles de personalidad más graves y frecuentes corresponden a los pacientes que presentan altas puntuaciones en el BDI.

7.- Existe una correlación positiva entre las escalas del SCID y las puntuaciones del BDI a excepción de pasivo-agresivo e histrionismo.

8.– En el grupo de pacientes estudiados se predice la respuesta depresiva en relación con los factores ambientales y de personalidad; así la puntuación BDI viene determinada por las puntuaciones en las escalas SASS, APGAR-Family y las escalas de personalidad autodestructiva y límite.

9.– Las variables de personalidad y socio-ambientales que permiten la predicción de la respuesta en el BDI varían según la variable sexo y categoría diagnóstica. Así en los hombres se predice el BDI en relación a la escala de apoyo familiar APGAR y la escala de personalidad evitativa. En las mujeres

el BDI se predice mediante el índice de reajuste social, el SASS y las escalas de personalidad autodestructiva y límite.

10.- Hemos encontrado dos perfiles diferentes en nuestra muestra (caso y no caso Beck) en razón a las variables socio-ambientales y de personalidad ubicándose de forma adecuada el 82% de la muestra.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Brown TA, Barlow DH Comorbidity among anxiety disorders: implications for treatment and DSM-IV J Consult Clin Psychol 1992 Dec;60(6) 835-44

2.- Andrade L, Walters EE, Gentil V, et al. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil Soc Psychiatry Psichiatr Epidemiol 2002 Jul;37(7) 316-25

3.- Sadock BJ, Sadock VA Sinopsis de psiquiatría Waverly Hispánica 2004 Barcelona (España)

4.- Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C Tratado de psiquiatría Ars medica 2005 Barcelona (España)

5.- López-Ibor Aliño J, Valdés Miyar M Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR Masson 2001 Barcelona (España)

6.- OMS Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 Panamericana 2000 España

7.- Skarsater I, Langius A, Agren H et al. Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression: a one-year prospective study Int J Ment HealthNurs 2005 Dec;14(4) 258-64

8.- Reiger DA, Burke JD and Burke KC Comorbidity of affective and anxiety disorders in the Epidemiologic Catchment Area Program American Psychiatric Press 1990 Ed. Maser& C.R. Cloniger 113-122

9.- Yonkers KA, Bruce SE, Dyck IR, et al. Chronicity, relapse, and illness--course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up Depress Anxiety 2003 17(3) 173-9

10.- Weissman MM et al. Psychiatric disorders in a US urban community Am J Psychiatry 1978 135 459-462

11.- Vallejo Ruiloba J, Gastó Ferrer C Trastornos afectivos: ansiedad y depresión Masson 2000 2ª edición

12.- Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW, et al. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study Am J Psychiatry 2005 Jun;162(6)

1179-87

13.- Sanderson WC, DiNardo PA, Rapee RM, et al. Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder J Abnorm Psychol 1990 Aug;99(3) 308-12

14.- Barlow DH, DiNardo PA, Vermilyea BB, et al. Co-morbidity and depression among the anxiety disorders. Issues in diagnosis and classification J Nerv Ment Dis 1986 Feb;174(2) 63-72

15.- Marks IM Fears and phobias London:Heineman 1969

16.- Kendell RE The role of diagnosis in psychiatry London: Blackwell 1975

17.- Gastó Ferrer C Valoración crítica del trastorno ansioso-depresivo Up date.Masson 2003 29-40

18.- Wetzler S, Katz MM Problems with the differentiation of anxiety and depression J Psychiatr Res 1989 23 1-12

19.- Mineka S, Watson D, Clark LA Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders Annu Rev Psychol 1998 49 377-412

20.- Ruiter C, Ruken H, Garssen B et al Comorbidity among the anxiety disorders J Anxiety disord 1989 3 57-68

21.- Moras K, DiNardo PA, Brown TA, et al Comorbidity and depression among the DSM-III-R anxiety disorders 1991

22.- Vallejo J, Buigues J, Gastó C et al Ansiedad-Depresión, un problema teórico y clínico polémico An psiquiatría 1987 3(3) 109-21

23.- Hamilton M A rating scale for depression j Neurol Neuros Psychiat 1960 23 56-62

24.- Malyszcak K, Szechinski M Comorbidity of different forms of anxiety disorders and depression Psychiatr Pol 2004 Jul-Aug;38(4) 603-9

25.- Ball SG, Buchwald AM, Waddell MT, et al Depression and generalized anxiety symptoms in panic disorder. Implications for comorbidity J Nerv Ment Dis 1995 May;183(5) 304-8

26.- Noyes R Jr, Woodman C, Garvey MJ, et al. Generalized anxiety disorder vs. panic disorder. Distinguishing characteristics and patterns of comorbidity J Nerv Ment Dis 1992 Jun;180(11) 369-79

27.- Fava M, Alpert JE, Carmin CN, et al, Clinical correlates and symptom patterns of anxious depression among patients with major depressive disorder in STAR D Psychol Med 2004 Oct;34(7) 1299-30

28.- Woodman CL, Noyes RJr, Ballenger JC, et al. Predictors of response to alprazolam and placebo in patients with panic disorder J Affect Disord 1994 30 5-13

29.- Brown TA, Antony MM, Barlow DH Diagnostic comorbidity in panic disorder: effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment J Consult Clin Psychol 1995 Jun;63(3) 408-18

30.- Lesser IM, Rubin RT, Pecknold JC, et al Secondary depression in panic disorder and agoraphobia. I. Frequency, severity, and response to treatment Arch Gen Psychiatry 1988 May;45(5) 437-43

31.- Lesser IM, Rubin RT, Rifkin A , et al. Secondary depression in panic disorder and agarophobia. II. Dimensions of depressive symptomatology and their response to treatment J Affect Disord 1989 Jan-Feb;16(1) 49-58

32.- Fava M, Rankin MA, Wright EC, et al. Depression Clinical and research Program, Massachusetts General Hospital, Boston 02114, USA Compr Psychiatry 2000 Mar-Apr;41(2) 97-102

33.- Joffe RT, Bagby RM, Levitt A Anxious and nonanxious depression Am J Psychiatry 1993 Aug;150(8) 1257-8

34.- Cameron OG, Thyrer BA, Neese RM, et al. Symptom profiles of patients with DSM-III anxiety disorders Am J Psychiatry 1986 143 1132-37

35.- Turner SM, McCann BS, Beidel DC, et al. DSM-II classification of anxiety disorders: a psychometric study J Abn Psychology 1986 95 168-72
36.- Boyd JH, Gruenberg E, et al. Exclusion criteria of DSM-III: a estudy of co-occurrance of hierarchy-free syndromes Arch Gen psychiatry 1984 41 983-9

37.- Fawcett J and Kravitz HM Anxiety syndromes and their relationship to depressive illness J Clin Psychiatry 1983 44 8-11

38.- Murphy J, Sobol A, Neff R et al. Depression and anxiety disorders Arch Gen Psychiat 1984 4 990-7

39.- Goisman RM, Goldenberg I, Vasile RG, et al. Comorbidity of anxiety disorders in a multicenter anxiety study Compr Psychiatry 1995 Jul-Aug;36(4) 303-11

40.- Kendell RE The classication of depressions: a review of contemporany confusion Brit J Psychiat 1976 129 15-28

41.- Hamilton M The clinical distinction between anxiety and depression Brit J Clin Pharmac 1983 15 655-169

42.- Leckman J, Merikangas K, Pauls D et al. Anxiety disorders and depression: Contradictions betweenfamily study data and DSM III convections Am J Psychiat 1983 7 880-2

43.- Roth M, Gurney C, Garside R etal Studies in the classification of affective disorders: the relationship between anxiety states and depressive illness Brit J Psichiat 1972 127 147-61

44.- Woodruff R, Guze S, Clayton P Anxiety neurosis among psychiatric outpatients Comprehensive Psychiat 1972 13 165-70

45.- Clancy J, Noyes R, Hoenk P et al. Secondary depression in anxiety neurosis J Nerv Men dis 1978 166,12 846-850

46.- Breier A, Charney D, Heninger G Major depression in patients with agoraphobia and panic disorder Arch gen psychiat 1984 41 1129-35

47.- Hays P Modes of onset of psychotic symptoms Br Med J 1964 2 779-84

48.- Flint AJ and Rifat SL Anxious depression in ederly patients. Response to antidepressant treatment Am J Psychiatry 1997 5 107-15

49.- Apfeldorf WJ, Spielman LA, Cloitre M, et al Morbidity of comorbid psychiatric diagnoses in the clinical presentation of panic disorder Depress Anxiety 2000 12(2) 78-84

50.- Clayton PJ, Grove WM, Coryell, et al Follow-up and family study of anxious depression Am J Psychiatry 1991 148 1512-17

51.- Tollefson GD, Holman SL, Sayler ME etal. Fluoxetine, placebo and tricyclic antidepressants in major depression with and without anxiousfeatures J Clin Psychiatry 1994 55 50-9

52.- Gersh F, Fowles D Neurotic depression: The concept of anxious depression The psychobiology of the depression disorders 1979 Academic press, New York

53.- Posternak MA, Zimmerman M The prevalence of atypical features across mood, anxiety, and personality disorders Compr psychiatry 2002 Jul-Aug;43(4) 253-62

54.- Vallejo et al. Ansiedad-depresión, un problema teórico y clínico polémico An Psiquiatría 1987 3(3) 109-121

55.- Stavraski Ch, Vargo B The relationship of anxiety and depression. A review of the literature Brit J Psychiat 1986 149 7-16

56.- Roth M, Montjoy C The distinction between anxiety states and depressive disorders Handbook of affective disorders 1982 Churchill Livingstone, edinburgh

57.- Fava M, Rosenbaum JF, Hoog SL, et al. Fluoxetine versus sertraline and paroxetine in major depression: tolerability and efficacy in anxious depression J Affect Disord 2000 Aug;59(2) 119-26

58.- Van Valkenburg C, Akiskal HS, Puzantian V et al. Anxious depressions. Clinical, family history, and naturalistic outcome-comparisons with panic and major depressive disorder J Affective Dis 1984 6 67-82

1161-70

60.- Coryell W, Endicott J, Andreasen NC, et al. Depression and panic attaks. The significance of overlap as reflected in follow-up and family study data Am J Psychiatry 1988 145 293-300

61.- Lesser IM, Rubin RT, Pecknold JC, et al. Secondary depression in panic disorder Archives of general psychiatry 1988 45 437-443

62.- Grunhaus L Clinical and psychobiological characteristics of simultaneus panic disorder and major depression Am J Psychiatry 1988 145 1214-21

63.- Tyrer P, Seivewright H, Johnson T The core elements of neurosis: mixed anxiety-depression (cothynia) and personality disorder J Personal Disord 2003 Apr;17(2) 129-38

64.- Zimmerman M, Chelminski I, McDermut W Major depressive disorder and axis I diagnostic comorbidity J Clin Psychiatry 2002 Mar;63(3) 187-93

65.- DiNardo PA and Barlow DH Syndrome and symptom comorbidity in the anxiety disorders JD Maser & CR Cloniger 1990 205-30

66.- Clark LA and Watson D Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications J of Abnormal Psychology 1991 100 316-36

67.- Alnaes R, Torgensen S. DSM-III personality disorders among patients with major depressio, anxiety disorders, and mixed conditions J Nerv Ment Dis 1990 Nov;178(11) 693-8

68.- Thompson ML, Zucchini W On the statistical analysis of ROC curves Stat Med 1989 8 1277-90

69.- Myers JK, Weissman MM Use of a self-report symptoms scale to detect depression in a community sample Am J Psychiatry 1980 137 1081-4

70.- Hamilton M A rating scale for depression J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960 23 56-62

71.- Morera Fumero AL, González de la Rivera JL Relación entre factores de estrés, depresión y enfermedad médica Psiquis 1983 4 253-60

72.- González de la Rivera JL Factores de estrés y enfermedad Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1991 19,6 290-7

73.- González de la Rivera Revisión crítica del metabolismo y funciones generales de las catecolaminas, con estudio de su acción en la secreción neuroendocrina y en el comportamiento Anales de la Real Academia Nacional de Medicina 1978 95 677-81

74.- Spila B, makara M, Chuchra M et al. Conection between stressful life events with mental disorders Psychiatr Pol 2005 Jan-Feb;39(1) 115-23

75.- Weiss E, Dlin B, Rollin HR et al. Emotional factors in coronary occlusion Archs Internal Med 1957 99 124

76.- Fischer HK, Dlin B, Winters W et al. Time patterns and emotional factors related to the onset of coronary occlusion Psychosom Med 1962 24 516

77.- Kissen DM Specific psychological factors in pulmonary tuberculosis Hith Bull Edinburgh 1956 14 44

78.- Rahe RH, Holmes TH Social, psychophysiologic aspects of inguinal hernia J Psychosom Res 1965 8 487

79.- Holmes RH, Rahe RH The social readjustment rating scale J Psychosom Res 1964 8 35-46

80.- Cannon W Stresses and strains of homeostasis Am J Med Sci 1935 189 1-35

81.- Selye H A syndrome produced by diverse nocivous agents Nature 1936 138 32

82.- Engel GL Psychological development in health disease Philadelphia, Saunders 1962

83.- Mason JW A reevaluation of the concept of non specificity in the stress theory J Psychiat Res 1971 8 323-33

84.- Tygranyan RT, Davydova N, Kalita NK Catecholamines and adrenal cortex during bed rest. Catecholamines and stress 1976 E. Usdin. Pergamon Press. Oxford 529

85.- González de la Rivera JL Estrés, homeostasis y enfermedad Manual de psiquiatría 1980 Ed. Karpos, Madrid 771-82

86.- González de la Rivera JL Estrés psicosocial y enfermedad Informaciones psiquiátricas 1983 91

87.- Cohen SM, Kamarachi T and Mermelstein R A global measure of perceived stress Journal of Health and Social Behaviour 1983 24 369-85

88.- Bergdahl J and Bergdahl M Perceived stress in adults: prevalence and association of depression, anxiety and medication in a Swedish population J Int Soc Invest Stress 2002 18(5) 235-41

89.- Kessler RC The effect of stressful life events on depression Annual Review of Psichology 1997 48 191-214

90.- Yarcheski A, Mahon NE The moderator-mediator role of social support in early adolescents WensterJournal of Nursing Research 1999 21 685-98

91.- Wheatley D Stress, anxiety and depression Stress Medicine 1997 13 173-7

92.- Meyer A Collected works of Adolph Meyer (4 vols.) Ed. E.E. Winters. Johns Hopkins Press, Baltimore 1950

93.- Guerrero Torre J y Fernández-Argüelles P El papel de los sucesos y experiencias estresantes en la clínica psiquiátrica Actas luso-Esp Neurol Psiquitr 1980 7 (4) 287-98

94.- Lief A The commonsense psychiatry of Dr. Adolf Meyer McGraw-Hill, New York 1948

95.- Wolff HG, Wolf S, Hare CC Life stress and bodyly disease Williams&Wilkins, Baltimore 1950

96.- Brodstedt EM, Pedersen NL Stressful life events and affective illness Acta psychiatr scand 2003 107 208-15

97.- Gatchel RJ, Baum A Health Psychology Addison-Wesley Publishing Con Reading, Mass 1983

98.- Radil-Weiss T Men in extreme conditions: Some medical and psychological aspects of the Auschwitz concentration camp Psychiatry 1983 43 259-69

99.- Kiritz S, Moss RH Physiological effects of social enviroments Psychosomatic Medicine 1974 36 96-113

100.- Ward AW Mortality f bereavement Brit Med J 1976 1 700-2

101.- Eliot RS, Bluell JC Environmental and behavioral influences in the major cardiovascular disorders Perspectives in behavioral medicine.Academic Press 1981 Nueva York

102.- Hawkins NG, Davies R, Holmes TH Evidence of psychosocial factors in the development of pulmonary tuberculosis Ame Rev Tuberc Pulm Dis 1957 75 134-43

103.- Holmes TH, Hawkins NG, Bowerman L et al Psychophysiologic studies of tuberculosis Ame Rev Tuberc Pulm Dis 1957 19 134-43

104.- Rahe RH, Meyer M, Smith M et al Social stress and illness onset J Psychosom Res 1964 8 35-46

105.- Paykel ES Life stress and psychiatric disorder. Aplication of the clinical aproach Stressful life, their nature and effects 1974 John Wiley and sons, Nueva York

106.- Myers JK, Lindenthal JJ, Pepper MP Social class, life events and mental status Stressful life, their nature and effects 1974 John Wiley and sons, Nueva York 191-205

107.- Paykel ES, Myers JK, Klerman GL et al Life events and depression. Acontrolled study Arch Gen Psychiatry 1969 21 753-61

108.- Dohrenwend BS Life events as stressors. A metodological enquiry J Health soc Behav 1973 14 167-75

109.- Brown GH, Harris TO, Peto J Life events and psychiatric disorders. II. Nature of casual link Psychological Medicine 1973 3 159-76

110.- Lundberg V, Theorell T Scaling of life change. Differences three diagnostic groups and between recently experienced and non-experienced events J Hum Stress 1976 2 7-17

111.- Masuda M, Holmes TH The social readjustment rating scales: A cross-cultural study of Japanese and Americans J Psychosom Res 1967 11 227-37

112.- Rahe RH Multicultural correlations of life change scaling: America, Japan, Denmark and Sweden J Psychosom Res 1969 13 191-5

113.- Celdran HH The cross-cultural consistency of two consensus scales: the seiusness of illness rating scales and the social readjustment rating scales in Spain Medical thesis 1970 University of Washington. Seatle

114.- Seppa MT The social readjustment rating scale and the seriusness of illness rating scale: a comparison of Salvadorans, spanish and Americans Medical thesis 1972 University of Washington. Seatle

115.- Holmes TH, Rahe RH The social readjustment rating scale J Psychosom Res 1967 11 213-8

116.- Rabkin JG, Struening EL Life events, stress and illness Science 1976 194 1013-20

117.- Monroe SM, HarknessK, Simons AD, et al. Life stress and the symptoms of major depression J Nerv Ment Dis 2001 Mar;189(3) 168-75

118.- Santor DA, Bagby RM, Joffe RT Evaluating stability and change in personality and depression J Pers Soc Psychol 1997 Dec;73(6) 1354-62

119.- Paykel ES, Rao BM, Taylor CN Life stress and symptom pattern in out-patient depression Psychol Med 1984 Aug;14(3) 559-68

120.- Gersten JC, Langner TS, Eisenberg JC, et al. An evaluation of etiologic role of stressful life-change events in psychological disorders J Health Soc Behav 1977 18 228-44

121.- Cooke DJ, Hole DJ The aetiological importance of stressful events Brit J Psychiat 1983 143 401-6

122.- Schmale AH Giving up as a final common pathway to changes in health Advances in Psychosomatic Medicine 1972 8 20-40

123.- Schmale AH, Iker H Hopelesness as a predictor of cervical cancer Soc Sci Med 1971 5 95-100

124.- Dryer D, Kane RL, Olsen et al The effects of select psychosocial factors of the self-reporting of pulmonary symptoms J Chron Dis 1977 30 195-206

125.- Haynes GS, Levine S, Scotch N et al The relationship of psychosocial factors to coronary heart in the Framinghan study. Methods and risk factor Amer J Epidem 1978 107 362-83

126.- Hurts MW, Jenkins CD Rose RM The assessmentof life change stress. A comparative and methodological inquuiry Psychosom Med 1978 40 126-41

127.- Paykel ES, Prusoff BA Uhlen-huth EH Scaling of life events Arch Gen Psychiatry 1971 25 340-7

128.- Wildes JE, Harkness KL and Simons AD Life events, number of social relationships, and twelve-month naturalistic course of major depression in a community sample of women Depress Anxiety 2002 16(3) 104-13

129.- Mitchell PB, Parker GB, Gladstone GL et al. Severity of stressful life events in first and subsequent episodes of depression: the relevance of depressive subtype J Affect Disord 2003 Feb;73(3) 245-52

130.- Brodstedt EM, Pedersen NL Stressful life events and affective illness Acta Psychiatr Scand 2003 Mar;107(3) 208-15

131.- Kendler KS, Karkowski LM and Prescott CA Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression Am J Psychiatry 1999 Jun;156(6) 837-41

132.- Myers JK, Lindenthal JJ, Pepper MP Life events and psychiatric impairment J Nerv Ment Dis 1971 152 149-57

133.- Newman SC, Bland RC Life events and the 1-year prevalence of major depressive episode, generalized anxiety disorder, and panic disorder in a community sample Compr Psychiatry 1994 Jan-Feb;35(1) 76-82

134.- Simons AD, Angell KL, Monroe SM, et al. Cognition and life stress in depression: cognitive factors and the definition, rating, and generation of negative life events J Abnorm Psychol 1993 Nov;102(4) 584-91

135.- Uchlenbuth EH, Lipman RS, Balter MB et al. Symptom intensity and life stress in the city Arch Gen Psychiatry 1974 31 759-64

136.- Brown GH, Ni Bhrolchain M, Harris TO Social class and psychiatric disturbance among women in a urban population Sociology 1975 9 225-54

137.- Schless AP, Teichman A, mendels J et al. The role of stress as a precipitating factor of psychiatric illness Brit J Psychiatry 1977 130 19-22

138.- Kendler KS, Thornton LM and Prescott cA Gender differences in the rate of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects Am J Psychiatry 2001 Apr;158(4) 587-93

139.- Paykel ES Life events and affective disorders Acta psiquiatr Scan 2003 suppl 418 61-6

140.- Coryell W and Noyes R Placebo response in panic disorder Am J Psychiatry 1988 145 1138-40

141.- Horesh N, Sever J, Apter A A comparison of life events between suicidal adolescentswith major depression and borderline personality disorder Compr Psychiatry 2003 Jul-Aug;44(4) 277-83

143.- Vizan Ferrero R, Henry Benitez M, Gracia R et al. Acontecimientos vitales y conducta autodestructiva Actas Luso-Esp de Neurol Psiquiatr 1993 21(5) 205-10

144.- De Vanna M et al. Recent life events and attempted suicide J Affect Disord 1990 18 51-8

145.- Paulsen VM, Shaver JL Stress, support, psychological states and sleep Soc Sci Med 1991 32(11) 1237-43

146.- Cernovsky ZZ Life stress measures and reported frequency of sleep disorders Percept Mot Skills 1984 Feb;58(1) 39-49

147.- Healey ES, Kales A, Monroe LJ, et al. Onset of insomnia: role of life-stress events Psychosom Med 1981 Oct;43(5) 439-51

148.- Paykel ES Life events, social support and depression Acta psiquiatr Scan 1994 suppl 377 50-8

149.- Prusoff B, Thompson WD, Scholomskas D et al. Psychosocial stressors and depression among former heroin-dependent patients maintained on methadone J Nerv Ment Dis 1977 165 57-63

150.- Fowler RC, Liskow BI, Tanna VL Alcoholism, depression and life events J Affect Dis 1980 2 127-35

151.- Roy A, Thompson R, Kennedy S Depression in chronic schizophrenia Br J Psychiatry 1983 142 465-70

152.- Ezquiaga Terrazas E, Ayuso Gutierrez JL, García López A Factores psicosociales y categorías diagnósticas de la depresión Actas Luso-esp Neurol psiquiatr 1987 15,4 198-202

153.- Bebbington PE, Tennant C and Hurry GB Adversity and the nature of psychiatric disorder in the community J Affect Disord 1981 3 354-66

154.- Bebbington PE, Hurry J ,Tennant C et al Adversity and working class vulnerability to minoraffective disorder J Affect Disord 1986 11 115-20

155.- Brown GW, Bifulco A, Harris T et al. Life stress, chronic subclinical symptoms and vulnerability to clinical depression J Affect Disord 1986 11 1-19

156.- Ezquiaga E, Gutierrez LLA, López AG Psychosocial factors and episode number in depression J Affect Dis 1987 12 135-8

157.- Ghaziuddin M, Ghazziuddin N, Stein GS Life events and the recurence of depression Can J Psychiatry 1990 35 239-42

158.- Mundt C, Reck C, Backenstrass M et al. Reconfirming the role of life events for the timing of depressive episodes. A two-year prospective follow-up study J Affect Disord 2000 Jul:59(1) 23-30

159.- Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA Stressful life events and major depression: risk period, long-term contextual threat, and diagnostic specificity J Nerv Ment Dis 1998 Nov;186(11) 661-9

160.- Hettema JM, Kuhn JW, Prescott CA et al The impact of generalized anxiety disorder and stressful life events on risk for major depressive episodes Psychol Med 2006 Jun;36(6) 789-95

161.- Paykel ES, Cooper ZC Life events and social support Handbook of affective disorders 1992 Edinburgh: Churchill Livingstone 149-70

162.- Miller MA, Rahe RH Life changes scaling for the 1990s J Psychosom Res 1997 Sep;43(3) 279-92

163.- Peris A, Martín-González R, Valiente E et al. Acontecimientos vitales estresantes como factor de riesgo de enfermedad vascular cerebral aguda Rev Neurol 1997 25(148) 1871-5

164.- Rahe RH, McKean JD, Arthur RJ A longitudinal study of life change and illness patterns J Psichosom Res 1967 10 355-66

165.- Rahe RH, Arthur RJ Life changes patterns surrounding illness experience J Psichosom Res 1968 11 341-5

166.- Rahe RH Epidemiological studies of life changes and illness Int J Psychiatric Med 1975 6 133-46

167.- Gonzalez de la Rivera y Revuelta JL, Morera Fumero A La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe Psiquis 1983 4;7 20-5

168.– Cochrane R, Robertson A. The life events inventory: a mesure of the relative severity psychosocial stressors. J Psychosom Res. 1973,17:135-9

169.- González de la Rivera JL, Morera R Relación entre factores de estrés, depresión y enfermedad médica Psiquis 1984 12 207-13

170.- González de la Rivera JL, Morera A, Sanchís P et al. La reactividad al estrés: (I) valores mediosen estudiantes de medicina Psiquis 1983 4 198-201

171.- Hautzinger M The Beck depression inventory in clinical practice Nervenartz 1991 Nov;72(11) 689-96

172.- Bosc M Assessment of social functioning in depression Compr Psychiatry 2000 Jan-Feb;41(1) 63-9

173.- Cobb S Social support as a moderator of life stress Psychosom Med 1976 38 300-15

174.- House JS Work stress and social support Reading, MA: Addison-Wesley 1981

175.- Wolf AC, ratner PA Stress, social support, and sense of coherence West J Nurs Res 1999 Apr;21(2) 182-97

176.- Ullah P, Banks M, Warr P Social support, social pressures andpsychological distress during unemployment Psychol Med 1985 15 283-95

177.- Salokangas RKR, Mattila V, Joukamaa M Intimacy and mental disorder in late middle age Acta Psychiatr Scand 1988 78 555-60

178.- Paykel ES Stress and affective disorders in humans Semin Clin Neuropsychiatry 2001 Jan;6(1) 4-11

179.- Wilcox BL Social support, life stress, and psychological adjustment: a test of the buffering hypothesis Am J Community Psychol 1981 Aug;9(4) 371-86

181.- Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN et al. The economic burden of depression in 1990 J Clin Psychiatry 1993 54 405-18

182.- ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRIST Report of the Special Committee on the Place of Prevention in Psychiatry 1992

183.- Sarason IG, Sarason BR Concomitants of social support: attitudes, personality characteristics, and life experiencies J Pers 1982 Sep;50(3) 331-44

184. Fiori KL, McIlvane JM, Brown EE et al. Social relations and depressive symptomatology: self-efficacy as a mediator Aging Ment Health 2006 May;10 (3) 227-39

185.- Plaisier I, de Bruijn JG, de Graaf R et al. The contribution of working conditions and social support to the onset of depressive and anxiety disorders among male and female employees Soc Sci Med 2006 Oct;18

186.- Brown GW, Andrews B, Harris T et al. Social support, self-esteem and depression Psychol Med 1986 Nov;16(4) 813-31

187.- Brown GW, Harris TO, Hepwoth Cet al. Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. II. A patient enquiry Br J Psychiatry 1994 Oct;165 (4) 457-65

188.- Choenarom C, Williams RA and Hagerty BM The role of sense of belonging and social support on stress and depression in individuals with depression Archives of Psychiatric Nursing 2005 Feb;19(1) 18-29

189.- Rhode GL and Lakey B Social support and psychological disorder: insight from social psychology The social psychology of emotional and behaviour.. 1999 Washington DC 281-309

190.- Boswell DM Personal crises and the movilization of the social network. Social network in urban situation Manchester University Press 1969 245-69

191.- Hays RD, Wells KB, Sherbourne CD et al. Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnessess Arch Gen Psychiatry 1995 52 11-9

192.- Leader JB, Klein Social adjustment in dysthimia, double depression and episodic major depression J Affect Disord 1996 37 91-101

193.- Hirschfeld RM, Montgomery SA, Keller MB, et al. Social functioning in depression: a review J Clin Psychiatry 2000 Apr;61(4) 268-75

194.- Weissman MM Social functioning and the tretment of depression J Clin Psychiatry 2000 61 Suppl 1 33-8

195.- Leader JB, Klein DN Social adjustment in dysthymia, double depression and episodic major depression J Affect Disord 1996 Apr 12;37(2-3) 91-101

196.- Weissman MM, Klerman GL, Paykel ES et al Treatment effects on the social adjustment of depressed patients Arch Gen Psychiatry 1974 30 771-8

197.- Stefos G, Bauwens F, Staner L et al. Psychosocial predictors of major affective recurrences in bipolar disorder: a 4-year longitudinal study of patients on prophylactic tretment Acta Psychiatr Scand 1996 93 420-6

198.- Weissman MM, Olfson M, Gameroff MJ, et al. A comparison of three scales for assessing social functionin in primary care Am J Psychiatry 2001 Mar;158(3) 460-6

199.- Flick SN, Roy-Byrne PP, Cowley DS, et al. DSM-III-R personality disorders in a mood and anxiety disorders clinic: prevalence, comorbidity, and clinical correlates J Affect Disord 1993 Feb;27(2) 71-9

200.- Weissman MM, Bothwell S Assessment of social adjustment by patient self-report Ach Gen Psychiatry 1976 33 1111-5

201.- Clark AW The personality and Social Network Adjustment Scale Hum Relat 1968 21 85-96

202.- Cook P, Josephs P The Community Adaptation Schedule and the California Psychological Inventory: a validation study with college students Community Ment Health 1970 6 366-70

203.- Weisman MM The assessment of social functioning. A review of techniques Arch Gen Psychiatry 1975 32 357-65

204.- Shebourne CD and Stewart AL The MOS Social Support Survey Soc Sci Med 1991 32 705-14

205.– De la Revilla L. Modelos explicativos de la atención familiar. Conceptos e onstrumentos de la function familiar. 1994.Ed Barcelona

206.- Smilkstein G The family-Apgar: a proposal for a family function test and its use by physicians The journal of family practice 1978 6(6) 1231-9

207.- De la Revilla, Fleitas L Influencias socioculturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en atención primaria de la salud Manual de atención primaria 1994 Barcelona. Ed. Doyma 70-81

208.- Richardson HR Patients have family Cambridge, Mass, Commonwealh Fund. 1948 Harvard University Press

209.- Minuchin S Families and family therapy Cambridge, Mass 1974 Uiversity Press

210.- Pless IB, Satterwhite B A mesure of family fuctioning and its aplication Soc Sci Med 1973 7 613

211.- Pless IB, Satterwhite B Family function and family problems Child health and the community 1975 New York, John Wiley and sons

212.- Wade TD and Kendler KS Absence of interaction between social support and stressful life events in the prediction of major depression and depressive symptomatology in women Psychol Med 2000 30 965-97

213.- Wade TD and Kendler KS The realtionship between social support and major depression: Cross-sectional, longitudinal, and genetic perspectives J Nerv Ment Dis 2000 188 45-54

214.- Alvis DK Marital satisfaction, social support and depressive symptomatology in Mexican spouses. The sciences&Engineering 1998 59

215.- Dehle CM Marital Dissatisfaction and depressed mood: Longitudinal associations and the roles of gender and support The sciences&Engineering 1996 57

216.- Schneider K Klinische psychopathologie Fundación archivos de neurobiología 1997

217.- Sass H, Jünemann K: Affective disorders, personality and personality disorders Acta psychiatr Scand 2003 108(suppl.418) 34-40

218.- Langs G, Quehenberger F, Fabisch K, et al. Prevalence, patterns and role of personality disorders in panic disorder patients with and without comorbid (lifetime) malor depression Acta Psychiatr Scand 1998 Aug;98(2) 116-23

219.- Paris J social factors in the personality disorders Cambridge: CambridgeUniversity Press 1996

220.- Tyrer P , Ferguson B Developmente of the concept of abnormal personality In:p Tyrer (ed), personality disorders. 1988 Wright, England

221.- Cloninger CR, Svrakiv DM, Przybeck TR A psychobiological model of temperament and character Arch Gen Psychiatry 1993 50 975-90

222.- Millon T Los trastornos de personalidad en la vida moderna Barcelona: Amsson 2001

223.- Sass H Personality disorders Contemporany psychiatry 2001 vol.3, part.2.Heideberg:Springer 161-193

224.- Gabbard GO Trastornos de la personalidad Focus 2006 Trastornos de la personalidd 3-4

225.- Gabbard GO Enfoques psicodinámicos de los trastronos de la personalidad Focus 2006 Trastornos de la personalidd 9-13

226.- Siever LI, Silverman JM, Horvath TB et al. Increased morbid risk for schizophrenia-related disorders in relatives of schizotypical personality disordered patients Arch Gen Psichiat 1990 47 634-40

227.- Hicks BM, Krueger RF, Iacono WG et al Family transmission and heredability of externalizating disorders: a twin family study Arch Gen Psychiat 2004 61 922-8

228.- Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH et al. Functional impairment in patients with schizotypical, borderline, avoidant, or obssessive-compulsive personality disorder Am J Psychiatry 2002 159 276-83

229.- Oldham JM Trastornos de la personalidad Focus 2006 Trastornos de la personalidad 18-29

230.- Childs B Genetics,evolution, and age at onset of disease Chilhood antecedentsof adult psychopathology 2000 J Rapaport ed. 27-40

231.- Siever LJ, Davis KL A psychobiological perspective on the personality disorders Am J Psychiatry 1991 148 1647-58

232.- Torgensen S, Lygren S, Olen PA et al A twin study of personality disorders Comprehensive Psychiatry 2000 41 416-25

233.- Robins LN Deviant children grown up Baltimore, MD: Williams ans Wilkins 1966

234.- Paris J Chilhood precursors of bordeline personality psychiatric clinics of North America 2000 23 77-88

235.- Wolff S, Townhend R, McGuire RJ et al "Schizoid" personality in childhood and adult life; II: Adult adjustment and the continuity with schizotypical personality disorder Br J Psychiatry 1991 159 620-9

236.- Kagan J Galen's prophecy. New York: Basic Books 1994

237.- Paris J Personality disorders over time: precursors, course and outcome J Personal disord 2003 Dec;17(6) 479-88

238.- Torgensen S, Kringlen E, Cramer V The prevalence of personality disorders in a community sample Arch Gen Psychiat 2001 58 590-6

239.- Weissman MM The epidemiology of personality disorders: a 1990 update J Personal Disord 1993 7 (suppl 1) 44-62

240.- Torgensen S Epidemiology, in the American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders American Psichiatric Publishing 2005

241.- Garyfallos G, Adamapoulou A, Karastergiou A, et al. Psychiatric comorbidity in Greek patients with generalized anxiety disorder Psychopathology 1999 Nov-Dec;32(6) 308-18

242.- Tedlow J, Smith M, Neault N, et al. Melancholia and axis II comorbidity Compr Psychiatry 2002 Sep-Oct;43(5) 331-5

243.- Ress A, Hardy GE, Barkham M Covariance in the measurement of depression/anxiety and three Cluster C personality disorders (avoidant, dependent, obsessive-compulsive) J Affect Disord 1997 Sep;45(3) 143-53

244.- Overbek T, Schruers K, Vermetten E, et al. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and depression: prevalence, synpton severity, and treatment effect J Clin Psychiatry 2002 Dec;63(12) 1106-12

245.- Ucok A, Karaveli D, Kundakci T, et al. Comorbidity of personality disorders with bipolar mood disorders Compr Psychiatry 1998 Mar-Apr;39(2) 72-4

246.- Dunayevich E, Sax KW, Keck PE, et al. Twelve-month outcome in bipolar patients with and without personality disorders J Clin Psychiatry 2000 Feb;61 (2) 134-9

247.- Kay JH, Altshuler LL, Ventura J, et al. Impact of axis II comorbidity on the course of bipolar illness in men: a retrospective chart review Bipolar Disorders 2002 Aug;4(4) 237

248.- Crino RD, Andrews G Personality disorder in obsessive compulsive disorder: a controlled study J Psychiatr Res 1996 Jan-Feb;30(1) 3-7

249.- Sciuto G, Diaferia G, Battaglia M, et al. DSM-III-R personality disorders in panic and obsessive-compulsive disorder: a comparison study Compr Psychiatry 1991 Sep-Oct;32(5) 450-7

250.- Mavissakalian M, Hamman MS Correlates of DSM-III personality disorder in panic disorder and agoraphobia Compr Psychiatry 1988 Nov-Dec;29(6) 535-44

251.- Latas M, Starcevic V, Trajkovic G, et al. Predictors of comorbid personality disorders in patients with panic disorder with agoraphobia Compr Psychiatry 2000 Jan-Feb;41(1) 28-34

252.- Matsunaga H, Kiriike N, Miyata A, et al. Personality disorders in patients with obsessive-compulsive disorder in Japan Acta Psychiatr Scand 1998 Aug;98(2) 128-34

253.- Reich J, Perry JC, Shera D, et al. Comparison of personality disorders in different anxiety disorder diagnoses: panic, agoraphobia, generalized anxiety, and social phobia Ann Clin Psychiatry 1994 Jun;6(2) 125-34

254.- Dyck IR, Phillips KA, Warshaw MG, et al. Patterns of personality pathology in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder with and without agoraphobia, and social phobia J Personal Disord 2001 Feb;15(1) 60-71

255.- Massion AO, Dyck IR, Shea MT, et al. Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder Arch Gen Psychiatry 2002 May;59(5) 434-40

256.- Goodwin RD, Hamilton SP Lifetime comorbidity of antisocial personality disorder and anxiety disorders among adults in the community J Psychiatr Res 2003 Feb;117(2) 159-66

257.- Zanarini MC, Skodol AE, Bender D, et al The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: realiability of axis I and II diagnoses J Personal Disord 2000 Winter;14(4) 291-9

258.- Rossi A, Marinangeli MG, Butti G, et al. Personality disorders in bipolar and depressive disorders J Affect Disord 2001 Jun;65(1) 3-8

259.- Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD, et al. Comorbidity of axis I and axis II disorders Am J Psychiatry 1995 152(4) 571-8

260.- Loranger AW Dependent personality disorder. Age, sex, and axis I comorbidity J Nerv Ment Dis 1996 Jan;184(1) 17-21

261.- Baer L, Jenike MA, Ricciardi JN 2nd et al. Standarized assessment of personality disorders in obsessive compulsive disorder Arch Gen Psychiatry 1990 Sep;47(9) 826-30

262.- Rodrigues Torres A, Del Porto JA Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and personality disorders. A Brazilian controlled study

263.- Tenney NH, Schotte CK, Denys DA, et al. Assessment of DSM-IV personality disorders in obsessive-compulsive disorder: comparison of clinical dianosis, self-report questionnaire, and semi-structured interview J Personal Disord 2003 Dec;17(6) 550-61

264.- McGlashan TH, Grilo CM, Skodol AE, et al. The collaborative longitudinal personality disorders study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence Acta Psychiatr Scand 2000 Oct;102(4) 256-64

265.- Biederman J, Petty C, Faraone SV, et al. Moderating effects of major depression on patterns of comorbidity in patients with panic disorder Psychiatry Res 2004 Apr 30;126(2) 143-9

266.- Mulder RT, Joyce PR, Luty SE The relationship of personality disorders to treatment outcome in depressed outpatients J Clin Psychiatry 2003 64(3) 259-64

267.- Hoffart A, Thornes K, Hedley LM, et al. DSM-III-R axis I and II disorders in agoraphobic patients with and without panic disorder Acta Psychiatr Scand 1994 89(3) 186-91

268.- Albert U, Maina G, Forner F, et al. DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: prevalence in patients with anxiety disorders and healthy comparison subjects Compr Psychiatry 2004 Sep-Oct;45(5) 325-32

269.- Iketami T, Kiriike N, Stein MB, et al Personality disorder comorbidity in panic disorder patients with or without current major depression Depress Anxiety 2002 15(4) 176-82

270.- Jansen MA, Arntz A, Merckelbach H et al. Personality disorders and features in social phobia and panic disorder J Abnorm Psychol 1994 May;103(2) 391-5

271.- Mulder RT, Joyce PR, Cloninger CR Temperament and early enviroment influence comorbidity and personality disorders in major depression Compr Psychiatry 1994 May-Jun;35(3) 225-33

272.- Fogel BS, Westlake Personality disorder diagnoses and age in inpatients with major depression J Clin Psychiatry 1990 Jun;5186) 232-5

273.- Zimmerman M, Pfohl B, Coryell W, et al. Diagnosing personality disorder in depressed patients. A comparison of patient and informant interviews Arch Gen psychiatry 1988 Aug;45(8) 733-7

274.- Ongur D, farabaugh A, Iosifescu DV, et al Tridimensional questionnaire factors in major depressive disorder: relationship to anxiety disorder comorbidity and age of onset Psychoter Psychosom 2005 74(3) 173-8

275.- Hoffart A, Martinsen EW The effect of personality disorders and axious-depressive comorbidity on outcome in patients with unipolar depression and with panic disorder and agoraphobia J Pers disord 1993 7(4) 304-11

276.- Thase ME et al. Are personality assessment valid in acute major depression? J Affect Dis 1992 24 281-90

277.- Skodol AE, Oldham JM, Hyler SE, et al. Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity J Psychiatr Res 1995 Sep-Oct;29(5) 361-74

278.- Denys D, Tenney N, van Megen HJ, et al. Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder J Affect Disord 2004 Jun;80(2-3) 155-62

279.- Renneberg B, Chambless DL, Gracely EJ Prevalence of SCID-diagnosed personality disorders in agoraphobic outpatients J Anxiety Disord 1992 6 111-8

280.- Sanderson WC, Wetzler S, Beck AT, et al. Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthimia Psychiatry Res 1992 Apr;42(1) 93-9

281.- Khan AA, Jacobson KC, Gardner CO, et al. Personality and comorbidity of common psychiatric disorders British J of psychiatry 2005 186 1990-6

282.- Kool S, Dekker J, Duijsens IJ, et al. Major depression, double depression and personality disorders J Personal Disord 2000 Fall;14(3) 274-81

283.- Fava M, Farabaugh AH, Sickinger AH, et al. Personality disorders and depression Psychol Med 2002 Aug;32(6) 1049-57

284.- Brieger P, Ehrt U, Marneros A Frequency of comorbid personality disorders

in bipolar and unipolar affective disorders Compr Psychiatry 2003 Jan-Feb;44(1) 28-34

285.- Rossi A, Marinangeli MG, Butti G, et al. Pattern of comorbidity among anxius and odd personality disorders: the case of obsessive-compulsive personality disorder CNS Spectrum 2000 5(9) 23-6

286.- Corruble E, Ginester D, Guelfi JD Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: a review J Affect Dis 1996 Apr 12;37(2-3) 157-70

287.- Sanderson WC, Beck AT, Beck J Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: prevalence and temporal relatiships Am J Psychiatry 1990 Aug;147(8) 1025-8

288.- Fabrega H, Mezzich JE, Mezzich AC et al. Descriptive validity of DSM-III depressions J Ner Mental Disord 1984 174 573-84

289.- Joffe RT, Regan JJ Personality and depression J Psychiatr Res 1988 22(4) 279-86

290.- Sanderson WC, Wetzler S, Beck AT, et al. Prevalence of personality disorders among patients with anxiety disorders Psychiatry Res 1994 Feb;51(2) 167-74

291.- Osone A, Takahashi S Twelve month test-retest reliability of a Japanese version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders Psychiatry Clin Neurosci 2003 Oct;57(5) 532-8

292.- Akiskal H, Hirschfeld R and Yerevanian B The relationship of personality to affective disorders Arch Gen Psychiatry 1983 40 801-10

293.– Hirschfeld RM. Personality disorders and depression: comorbidity. Depress anxiety. 1999,10(4):142-6.

294.- Frank E, Kupfer DJ, Jacob M, et al. Personality features and reponse to acute treatment in recurrent depression J Personality Dis 1987 1 14-26

295.- Reich J, Noyes R, Coryell W et al. The effect of stateanxiety on personality measurement Am J Psychiatry 1986 143 760-3

296.- Garyfallos G, Adamapoulou A, Karastergiou A, et al. Personality disorders in dysthymia and major depression Acta Psychiatr Scand 1999 May;99(5) 332-40

297.- Comtois KA, Cowley DS, Dunner DL, et al. Relationship between borderline personality disorder and Axis I diagnosis in severity of depression and anxiety J Clin Psychiatry 1999 Nov;60(11) 752-8

298.- Pepper CM, Klein DN, Anderson RL, et al. DSM-III-R axis II comorbidity in dysthimia and major depression Am J Psychiatry 1995 152(2) 239-47

299.- Bejerot S, Ekselius L, von Knorring L Comorbidity between obsessive-compulsive disorder (OCD) and personality disorders Acta Psychiatr Scand 1998 Jun;97(6) 398-402

300.- Charney D, Nelson J, Quinlan D personality traits and disorders in depression Am J Psychiatry 1981 138 1601-4

301.- Pilkonis PA, Frank E Personalty Pathology in recurrent depression: nature, prevalence, and relationship to treatment response Am J Psychiatry 1988 Apr;145(4) 435-41

302.- Black DW, Bell S, Hulbert J et al The importance of axis II in patients with major depression: a controlled study J Affect Disord 1988 14 115-22

303.- Corbitt EM, Malone KM, Haas GL, et al Suicidal behavior in patiens with major depression and comorbid personality disorders J Affect Disord 1996 Jun 20;39(1) 61-72

304.- Viinamaki H, Hintikka J, Honkalampi K, et al. Cluster C personality disorder impedes alleviation of symptoms in major depression J Affect Disord 2002 Sep;71(1-3) 35-41

305.- Russell JM, Korstein SG, Shea MT, et al. Chronic depression and comorbid personality disorders: reponse to sertraline versus imipramine J Clin Psychiatry 2003 May;64(5) 554-61

306.- Rothschild L, Zimmerman M Personality disorders and the duration of depressive episode: a retrospective study J Personal Disord 2002 Aug;11116(4) 293-303

307.- Fernandez L Experiencia clínica con antidepresivos en los pacientes con desórdenes de ansiedad y del eje II Revista Anxia 2003 Apr-Jun;8 17-9

308.- Tyrer P, Casey P, Gall J Relationship between neurosis and personality disorder Br J Psychitry 1983 142 404-8

309.- Mellman TA, Leverich GS, Hauser P et al. Axis II pathology in panic and affective disorders: relationship to diagnosis, course of illness, and treatment response J Pers disord 1992 6 53-63

310.- Fava GA, Zielezny M, Savron G et al. Long-term effects of behavioural treatment for panic disorder with agoraphobia Br J Psychiatry 1995 166 87-92

311.- Corruble E, Ginestet D Comorbidity in a sample of hospitalized depressed patients Encephale 1996 Mar-Apr;22(2) 119-26

312.- Rothschild L, Zimmerman M Borderline personality disorder and age of onset in major depression J Personal Disord 2002 Apr;16(2) 189-99

313.- Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, et al. Co-ocurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions Arch Gen Psychiatry 2004 Apr; 61(4) 361-8

314.- Pfohl B, Stangl D and Zimmerman M The implications of DSM-III personality disorders for patients with major depression J Affect Disord 1984 7 309-18

315.- Reich J, Green A Effect of personality disorders outcome of treatment J Ner Mental Disord 1991 179 74-82

316.- Green MA and Curtis GC Personality disorders in panic patients: response to terminatios antipanic medication J Personal Dis 1988 2 303-15

317.– Alnaes R, Torgensen S. Personality and personality disorder predict development and relapses of major depression. Acta Psychiatr Scand. 1997,95 (4)336-42.

318.- Brown GH, Harris TO, Eales MJ Social factors and comorbidity of depressive and anxiety disorders Br J Psychiatry 1996 168(suppl.30) 50-57

319.- Kendler KS, Kuhn J and Prescott CA The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression Am J Psychiatry 2004 Apr;161(4) 631-6

320.- Costello CG Social factors associated with depression: a retrospective community study Psychol Med 1982 May;12(2) 329-39

321.- Hallstrom T Social origins of major depression: the role of provoking agents and vulnerability factors Acta psychiatr Scand 1986 Apr;73(4) 383-9

322.- Harris T Recent developments in understanding the psychosocial aspects of depression Br Med Bull 2001 57 17-32

323.- Fava GA, Munari F, Pavan L et al. Life events and depression. A replication J Affect Disord 1981 Jun;3(2) 159-65

324.- Perris H Life events and depresion. Part 2. Results in diagnostic subgroups, and in relation to the recurrence of depression J Affect Disord 1984 Aug;7(1) 25-36

325.- Perris H Life events and depresion. Part 2. Results in diagnostic subgroups, and in relation to the recurrence of depression J Affect Disord 1984 Aug;7(1) 25-36

326.- Bartelstone JH and Trull TJ Personality, life events, and depression J Pers Assess 1995 Apr;64(2) 279-94

327.- Robins CJ, Block P and Peselow Relatios of sociotropic and autonomous personality characteristics to specific symptoms in depressed patients J Abnorm Psychol 1989 Feb;98(1) 86-8

328.- Robins CJ Congruence of personality and life events in depression J Abnorm Psychol 1990 Nov;99(4) 393-7

329.- Hinkle LE, Wolff HG Health and social enviroment. Experimental investigation, explorations in social psychiatry Basic Books, Nueva York 1957

330.- Hinkle LE, Wolff HG Ecologic investigations of the relationship between illness, life experiences and the social enviroment Ann Inter Med 1958 49 1373-

331.- Mazure CM, Bruce ML, Maciejewski PK et al. Adverse life events and cognitive-personality characteristics in the prediction of major depression and antidepressant response Am J Psychiatry 2000 Jun;157(6) 896-903

332.- Beck AT Cognitive model of depression J cognitive psychotherapy 1987 1 2-27

333.- Kendler KS, Kessler RC, Neale MC et al. The prediction of major depression in women: toward an integrated etiologic model Am J Psychiatry 1993 150 1139-48

334.- Lewison PM, Hoberman HH and Rosenbaum M A prospective study of risk factors for unipolar depression J Abnorm Psychol 1988 97 251-64

335.- Zlotnick C, Shea MT, Pilkonis PA et al. Gender, type of tretment, dysfunctional attitudes, social support, life events, and depressive symptoms over naturalistic follow-up Am J Psychiatry 1996 Aug;153(8) 1021-7

336.- Leskela U, Rytsala H, Komulainen E et al. The influence of adversity and perceived social support on the outcome of major depressive disorder in subjects with different levels of depressive symptoms Psychol Med 2006 Jun;36 (6) 779-88

337.- Rytsala HJ, Melartin TK, Leskela US et al. Determinants of functional disability and social adjustment in major depressive disorder: a prospective study. J Nerv Ment Dis. 2006 Aug;194(8):570-6

338.- Ezquiaga E, García A, Bravo F et al. Factors associated with outcome in major depression: a 6-month prospective study Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998 Nov;33(11) 552-7

339.- Ezquiaga E, García A, Pallares T et al. Psychosocial predictors of outcome in major depression: a prospective 12-month study J Affect Disord 1999 Jan-Mar;52(1-3) 209-16

340. Goldberg D, Bridges K, Cook D et al. The influence of social factors on com mon mental disorders. Destabilisation and restitution Br J Psychiatry 1990 May;156 704-13

341.- Brown GH, Moran P Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes I: A community survey Br J Psychiatry 1994 Oct;156(4) 447-56

342.– Beck AT, Ward CH, Mendelson M. Inventory for measuring depression. Inventory for measuring depression. 1961,4:561-71

343.– Conde V, Useros R. El inventario para la medida de la depression de Beck. Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am Lat.1974,12:153-67

344.– Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychitr Scand.1983,67:361-70.

345.– Conde López C y Useros Serrano E. Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am Lat.1975,12:217-36

346.– Conde López V, Esteban Chamorro y Useros Serrano E. Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. Rev Psicol Gen Aplic.1976,31:469-97

347.– Beck AT, Rush AJ, Shaw BF et al. Cognitive therapy of depression. New York: Guildford Press.1979

348.–Vázquez C, Sanz J. Fiabilidad y validez factorial de la version española del inventario de depression de Beck. Barcelona:III Congreso de Evaluación Psicológica. 1991.

349.– Johnson DAW and Heather BB. Brit J Psychiatr. 1974, 125:184-5

350.– Rasmos-Brieva JA. La validez predictive del inventario para la depression de Beck en castellano. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr.1986,14(1):47-50

351.– Ritcher P, Werner J, Heerlein A et al. On the validity of the Beck Depression Inventory. A review. Psychopathology.1998,31(3):160-8

352.– Steer RA, Beck AT, Riskind JH et al. Differentiation of depressive disorders from generalized anxiety by the Beck Depression Inventory. J Clin Psychol.1986,May;42(3):475-8

353.– Tejero Pociello, Guimerá Querol EM, Ferré Martí et al. Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. Rev Depto psiquiatría de Med Navarra.1986,13(5):233-8

354.– Quintana JM, Padierma A, Arostegui EC et al. Evaluation of the psychometrics characteristics of the spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta PSychiatr Scand.2003,107:216-21

355.– Ryde-Brandt R. Anxiety and depression in mothers of children with psychotics disorders and mental retardation. Br J Psychiatry.1990,156:118-21

356.– De las Cuevas Castresana C, García-Estrada Pérez A, González de la Rivera J. Hospital Anxiety and Depression Scale y psicopatología afectiva. An Psiquiatría.1995,4:126-30

357.– Snaith RP. Availability of the Hospital Anxiety and Depression Scale. Br J Psychiatry.1992,161:422

358.– Moorey S, Creer S, Watson M et al. Br J Psychiatry.1991,158:155-9

359.– Bosc M, Dubini A, Polin V. Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. Eur Neuropsychopharmacol.1997,Apr 7 Suppl 1,S:71-3

360.- Bobes J, González MP, Bascarán MT et al Validación de la versión española de la escala de adaptación social en pacietes depresivos Actas Esp Psiquiatr 1999 27(2) 71-80

361.- Rodriguez Fernández A, Gea Serrano A, Gómez Moraga A, et al. Estudio de la función familiar a través del cuestionario Apgar Atención Primaria 1996 Mar;17(5) 338-41

362.- Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, et al. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar Atención Primaria 1996 Oct;18(6) 289-96

363.- Rodriguez Fernández E, Gómez Moraga A, García Rodriguez A Relación en tre percepción familiar y consumo de alcohol Atención Primaria 1997 Feb;19(3) 117-21

364.- Sass H, Jünemann K: Affective disorders, personality and personality disorders Acta psychiatr Scand 2003 108(suppl.418) 34-40

365.– First MB, Gibbon M, Spitzer R et al. Guía del usuario para la SCID-II. Ed Masson.2001

366.– Wetzler S, Kahn R, CAhn W et al. Psychological test characteristics of depressed and panic patients. J Psychiatr Res.1990,31:179-92

367.– Reich J, Troughton. Frequency of DSM-III personality disorders in patients witn panic disorder: a comparison with psychiatric and normal control subject. J Psychiatr Res.1988,26:89-100.

368.- Leskela US, Melartin TK, Lestela-Mielonen PS et al. Life events, social support, and onset of major depressive episode in Finnish patients J Nerv Ment Dis 2004 May;192(5) 373-81

369.- Casarrubios E, Lareo J, Arribas JM et al. Uso de índice Apar famiiliar en medicina de familia: medida de la disfunción familiar inducida por alcohol. Experiencia inicial de 201 pacientes Med Clin (Bar) 1988 91 732-5

370.- De la Revilla L, Fleitas L, Cavaille E etal. LA ifluencia de las condiciones socioeconómicas y culturales en la función familiar Aten Primaria 1990 7 710-2

371.- Fernández, ML Cuantificación de factores psicosociales de estrés y estudio de la aplicación de la medicina Tesis doctoral de la U. De la Laguna 1990

372.- Brown GW Depression Life events&Ill ness 1989 Ed. GW Brown&TO Harris. New York 49-93

373.- Brown GW & Harris TO Establishing causal links: The Bedford College studies of depression Life events and psychiatric disorders 1986 Ed. H. Katschnig. Cambridge University Press 107-87

374.- Farmer RF, Chapman AL Evaluation of DSM-IV personality disorder criteria as assessed by the structured clinical interview for DSM-IV personality disorders Compr Psychiatry 2002 Jul-Aug;43(4) 285-300

375.- Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD et al. Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: patterns of comorbidity Am J Psychiatry 1992 149 213-20

376.- Brieger P, Ehrt U, Bloeink R et al. Consequences of comorbid personality disorders in major depression J Nerv Ment Dis 2002 May;190(5) 304-9

377.- Melartin TK, Rytsala HJ, Leskela US, et al. Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study J Clin Psychiatry 2002 Feb;63(2) 126-34

378.- Friedman CJ, Shear MK & Frances A DSM-III personality disorders in panic patients J Personal Dis 1987 1 132-5

379.- Reich J, Noyes R & Troughton E Dependent personality disorder associated with phobic avoidance in patients with panic disorder Am J Psychiatry 1987 144 323-6

380.- Mavissakalian M The relationship between panic disorder/agoraphobia and personality disorders Psychiatr Clin North Am 1990 Dec;13(4) 661-84

381.- Blashfield R, Noyes R, Reich J, et al. Personality disorders traits in generalized anxiety and panic disorder patients Compr Psychiatry 1994 Sep-oct;35(5) 329-34

382.- Starcevic V, Uhlenhuth EH, Fallon S, et al. Personality dimensions in panic disorder and generalized anxiety disorder J Affect Disord 1996 Apr;37(2-3) 75-9

383.- Marinangeli MG, Butti G, Scinto A, et al. Personality disorders prevalence study among inpatients with mood disorders, psychoactive use disorders and anxiety disorders Epidemiol Psichiatr Soc 2000 Jan-Mar;9(1) 36-44

384.- Barzega G, Maina G, Venturello S, et al. Gender-related distribution of personality disorders in a sample of patients with panic disorder Eur Psychiatry 2001 Apr;16(3) 173-9

385.- Dolan B, Evans C & Norton K Multiple axis II diagnoses of personality disorder Br J Psychiatry 1995 166 107-12

386.- Iketani T, Kiriike M, Stein MB, et al. Relationship between perfectionism, personality disorders and agoraphobia in patients with panic disorder Acta Psychiatr Scand 2002 Sep;106(3) 171

387.- Tyrer P, Alexander MS, Ciccheti D, et al. Reliability of schedule for rating personality disorders Br J Psychitry 1979 Aug;135 168-74

388.- Dealy R, Ishiki D, Avery D et al. Secondary depression in anxiety disorderns Comp Psychiat 1981 22,6 612-8

389.- Portela Traba B. y Brenlla González J. Impacto de los sucesos vitales y la personalidad en la depresión. DEA Universidad de Santiago de Compostela, 2003.

390.- Vidal Millares M y Brenlla González J Perfiles de personalidad en trastornos afectivos y de ansiedad. DEA Universidad de Santiago de Compostela,2003 .

391.– Páramo Fernández ME y Mateos Alvárez R. Interacciones del estrés social y apoyo social con patología psiquica en el estudio de la epidemiología psiquiátrica en Galicia. Universidad de Santiago de Compostela, 1994.

INDICE

CAPÍTULO.....PÁGINA

1.– JUSTIFICACIÓN.....1

2.– INTRODUCCIÓN 7

Valoración y tasación de la clínica ansiosa y depresiva.....36

- Evaluación de la clínica depresiva.....36

- Evaluación de la clínica de ansiedad.....39

Acontecimientos Vitales.....41

- Concepto de estrés.....42

- Desarrollo histórico.....45

- Instrumentos de medida.....48

- Relación de la clínica depresiva con los Acontecimientos Vitales.....51

Apoyo Social.....57

- Adaptación social y clínica depresiva.....59

- Instrumentos de medida..... .62

Apoyo Familiar.....65

- Apoyo Familiar y clínica depresiva.....68

Personalidad.....69

- Relación entre la personalidad y los trastornos ansiosos y depresivos.....81

- Evaluación de las características de personalidad 88

Relación entre el estrés, apoyo socio-familiar, perfiles de personalidad y respuesta depresiva.....92

3.– OBJETIVOS.....99

4.– HIPÓTESIS DE TRABAJO.....103

5.– MATERIAL Y MÉTODO.....107

Descripción de la muestra.....109

Desarrollo del protocolo.....115

- Inventario de Depresión de Beck.....116

- Escala de Ansiedad-Depresión en Hospital.....119

- Cuestionario de Acontecimientos Vitales Recientes.....122

- Escala Autoaplicada de Adaptación Social.....124

- Cuestionario Family-APGAR.....130

- Cuestionario de personalidad SCID-II.....135

Determinación de variables.....138

- Variables independientes.....138

- Variables dependientes.....140

6.– RESULTADOS PRELIMINARES.....143

Variables socio-culturales.....145

- Resultados del Apoyo Familiar.....145

- Resultados del Apoyo Social (SASS).....148

- Resultados de los Sucesos Vitales Estresantes.....154

* Índice de Reajuste Social.....154

* Índice de Sucesos Vitales.....157

- Resultados de los perfiles de personalidad.....160

* Perfiles de personalidad según el sexo.....161

* Perfiles de personalidad según el grupo diagnóstico.....164

* Perfiles de personalidad en los intervalos de edad.....166

* Número de escalas elevadas.....169

Variables clínicas: respuesta ansiosa y depresiva.....175

- Respuesta depresiva medida por el cuestionario de depresión de Beck (BDI).....175

- Cruce de la respuesta depresiva medida con el BDI con la respuesta de ansiedad medida con el HAD.....179

7.– RESULTADOS.....181

Resultados del BDI con las variables socioambientales.....183

- Relación del BDI con el Apoyo Social (SASS).....183

- Relación del BDI con el Apoyo Familiar (Family-APGAR).....184

- Relación del BDI con los Sucesos Vitales.....185

* Índice de Sucesos Vitales.....185

* Índice de Reajuste Social.....186

Resultados de la relación del BDI con las variables de personalidad.....187

- Resultados de la relación del BDI con el número de escalas de personalidad elevadas.....188

Resultados de las correlaciones del BDI con las variables socioambientales.....191

- Correlaciones en el global de la muestra.....191

- Correlaciones del BDI para los pacientes “no caso Beck”.....192

- Correlaciones del BDI para los pacientes “caso Beck”.....193

Resultados de las correlaciones del BDI con las variables de Personalidad.....195

Análisis de Regresión.....199

- Análisis de Regresión en los hombres.....199

* Análisis de Regresión en los hombres deprimidos.....200

* Análisis de Regresión en los hombres ansiosos.....201

- Análisis de Regresión en las mujeres.....202

* Análisis de Regresión en las mujeres depresivas.....203

* Análisis de Regresión en las mujeres ansiosas.....204

- Análisis de Regresión en el global de la muestra.....206

Análisis Discriminante.....207

8.– DISCUSIÓN.....209

Apoyo Social.....211

Apoyo Familiar.....214

Acontecimientos Vitales.....217

Perfiles de personalidad.....221

Respuesta depresiva.....243

9.– PUBLICACIONES RELACIONADAS.....253

10.– CONCLUSIONES.....257

11.– BIBLIOGRAFÍA.....263

ÍNDICE DE TABLAS.....página

- **Tabla 1**: Clasificación DSM-IV-TR de los trastornos del estado del ánimo.....11

- **Tabla 2**: Clasificación CIE-10 de los trastornos afectivos.....12

- **Tabla 3**: Clasificación DSM-IV-TR de los trastornos de ansiedad.....14

- **Tabla 4**: Clasificación CIE-10 de los trastornos de ansiedad.....16

- **Tabla 5**: Características de la muestra según el estado civil.....110

- **Tabla 6**: Tipificación de la muestra según la variable categoría diagnóstica.....111

- **Tabla 7**: Trastornos de ansiedad.....112

- **Tabla 8**: Trastornos depresivos.....114

- **Tabla 9**: Características de la muestra según el nivel de estudios.....114

- **Tabla 10**: Variables de personalidad y puntos de corte de las mismas.....137

- Tabla 11: Categorías de las variables diagnóstico psiquiátrico.....139

- Tabla 12: Puntuaciones medias del BDI en los diagnósticos psiquiátricos.....177

- Tabla 13: Correlaciones del BDI con las variables socioambientales (muestra

global).....192

- **Tabla 14**: Correlaciones del BDI con las variables socioambientales ("no casos Beck").....193

- **Tabla 15**: Correlaciones del BDI con las variables socioambientales ("casos Beck").....194

- **Tabla 16**: Correlación del BDI con las puntuaciones de los rasgos de personalidad (muestra global).....196

- **Tabla 17**: Correlación del BDI con las puntuaciones de los rasgos de personalidad ("no casos Beck").....197

- **Tabla 18**: Correlación del BDI con las puntuaciones de los rasgos de personalidad ("casos Beck").....198

- **Tabla 19**: Análisis de Regresión en los hombres.....200

- **Tabla 20**: Análisis de Regresión en los hombres deprimidos.....201

- **Tabla 21**: Análisis de Regresión en los hombres ansiosos.....202

- **Tabla 22**: Análisis de Regresión en las mujeres.....203

- **Tabla 23**: Análisis de Regresión en las mujeres depresivas.....204

- **Tabla 24**: Análisis de Regresión en las mujeres ansiosas.....205

- **Tabla 25**: Análisis de Regresión en el global de la muestra.....206

- **Tabla 26**: Análisis Discriminante de la muestra.....207

ÍNDICE DE LOS GRÁFICOS.....página

- Gráfico 1: Distribución de los pacientes ansiosos (porcentajes de los distintos diagnósticos psiquiátricos).....112

- Gráfico 2: Distribución de los pacientes depresivos (porcentajes de los distintos diagnósticos psiquiátricos).....113

- Gráfico 3: Porcentaje de casos-no casos del Family-APGAR según el sexo.....146

- Gráfico 4: Porcentajes de casos-no casos Family-APGAR según el grupo diagóstico.....147

- Gráfico 5: Porcentajes del SASS según la variables sexo.....149

- Gráfico 6: Porcentajes del SASS según la variable categoría diagnóstica...150

- Gráfico 7: Edad media en las categorías del SASS.....151

- Gráfico 8: Porcentajes de las puntuaciones en las categorías del SASS según los diagnósticos psiquiátricos.....153

- Gráfico 9: Distribución del Índice de Reajuste Social según los intervalos de edad.....156

- Gráfico 10: Histograma de Índice de Sucesos Vitales.....157

- **Gráfico 11**: Diagrama de cajas del Índice de Sucesos Vitales según el sexo.....158

- **Gráfico 12**: Diagrama de cajas del Índice de Sucesos Vitales según los intervalos de edad.....159

- **Gráfico 13**: Porcentajes de rasgos de personalidad.....160

- **Gráfico 14**: Porcentaje de casos de las distintas escalas del SCID-II según el sexo.....162

- **Gráfico 15**: Puntuaciones medias de las escalas del SCID-II según el sexo.....163

- **Gráfico 16**: Puntuaciones medias de las escalas del SCID-II según el grupo diagnóstico.....166

- **Gráfico 17**: Porcentajes de casos de las escalas del SCID-II según los intervalos de edad.....167

- **Gráfico 18**: Puntuaciones medias de las escalas del SCID-II según los intervalos de edad.....169

- **Gráfico 19**: Porcentajes del número de escalas del SCID-II elevadas.....170

- **Gráfico 20**: Porcentajes de escalas elevadas del SCID-II según el sexo...171

- **Gráfico 21**: Porcentajes de número de escalas elevadas según los diagnósti-

cos psiquiátricos.....173

- Gráfico 22: Intervalos de porcentajes de escalas elevadas según el diagnóstico psiquiátrico.....174

- Gráfico 23: Porcentajes de casos Beck en trastornos de ansiedad y trastornos depresivos.....178

- Gráfico 24: Porcentajes de casos-no casos de ansiedad (HAD) en relación con los casos-no casos Beck.....179

- Gráfico 25: Puntuaciones medias del SASS en los casos-no casos Beck...183

- Gráfico 26: Puntuaciones medias del Family-APGAR en los casos-no casos según el BDI.....184

- Gráfico 27: Puntuaciones medias del Índice de Sucesos Vitales en los casos-no casos según el BDI.....185

- Gráfico 28: Puntuaciones medias del Índice de Reajuste Social en los casos-no casos según el BDI.....186

- Gráfico 29:Puntuaciones medias de las escalas del SCID-II en los casos-no casos Beck.....187

- Gráfico 30: Porcentaje de número de escalas elevadas en los "casos" y "no casos" Beck.....189