



Universitat
de les Illes Balears

Influencia de los rasgos disfuncionales de la personalidad en la gravedad de la depresión mayor.

Julia Royo Flaszczynska

Memòria del Treball de Fi de Màster

Màster Universitari de Psicologia General Sanitària

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

2016-2017

29/06/2017

Nom Tutor: Miquel Àngel Roca Bennassar

Abstract

Background: The high impact of depressive disorder among general population during last years has increased the number of studies investigating its course and treatment.

An important comorbidity has been proved between depressive disorders and personality and its influence on depression severity. Therefore, the aim of this paper is to comprehend if a higher level of personality pathology influences the depressive symptomatology severity.

Methods: In order to evaluate depression severity, participants were assessed by clinicians using the Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D). Moreover, the amount of dysfunctional personality traits and the number of items in each personality trait were measured with the Self-Administered Questionnaire of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Diagnosis (SCID-II).

Results: There is a greater severity of the depression to a greater number of dysfunctional personality traits. In spite of the above, there have been no statistically significant results regarding the number of criteria that are met for each personality trait and the severity of the depressive symptomatology.

Conclusion: Data obtained in this study enables us to conclude that there is an existent relationship among the presence of dysfunctional personality traits and depression severity. Nevertheless, it is necessary to take into account some methodological limitations that could have affected the results of this study.

Key words: *Depressive disorder, personality traits, severity*

Resumen

Introducción: El alto impacto del trastorno depresivo mayor sobre la población durante los últimos años ha incrementado el número de estudios centrados en investigar su curso, evolución y tratamiento.

Se ha demostrado que los trastornos de personalidad tienen una alta comorbilidad con la depresión teniendo influencia sobre la gravedad de la misma. El objetivo de este estudio es precisamente observar si a mayor patología de la personalidad, mayor es la gravedad de la sintomatología depresiva.

Metodología: Para realizar el estudio se ha valorado la gravedad de la depresión mediante el cuestionario Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D). Además, se han evaluado el número de rasgos disfuncionales de la personalidad y el número de criterios que se cumplen para cada rasgo mediante Self-Administered Questionnaire of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Diagnosis (SCID-II).

Resultados: Se ha observado que, a mayor número de rasgos disfuncionales de la personalidad, existe una mayor gravedad de la depresión. A pesar de lo anterior, no se han mostrado resultados estadísticamente significativos en cuanto al número de criterios que se cumplen para cada rasgo de personalidad y la gravedad de la sintomatología depresiva.

Conclusión: Los resultados manifiestan una relación entre la presencia de rasgos disfuncionales de la personalidad y la gravedad de la depresión. Así mismo, deben tenerse en cuenta algunas limitaciones metodológicas del estudio que han podido influir en los resultados; como por ejemplo, el tamaño de la muestra.

Palabras clave: Depresión mayor, rasgos de personalidad, gravedad

Introducción

Según las informaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) la depresión mayor conlleva la mayor tasa de discapacidad entre los trastornos mentales y conductuales. La depresión podría estar afectando en estos momentos a unos 350 millones de personas; por ello en los últimos años se han multiplicado los estudios sobre su curso, evolución y tratamiento y sobre la carga económica y social asociada.

Bromet y col. (2011) indicaron que la prevalencia de la depresión podría ser mayor en los países económicamente desarrollados. En España, Haro y col. (2006) observaron que el trastorno mental más prevalente entre la población general es el trastorno depresivo mayor y también, junto a los trastornos de ansiedad, en las consultas de Atención Primaria de salud (Roca y col., 2009).

En un estudio posterior, se muestra un decremento de la cantidad y la calidad de vida en pacientes de atención primaria con trastornos del estado de ánimo, siendo la depresión el trastorno que genera más gastos a nivel individual y social y más necesidad de inversión (Fernández y col., 2010).

En Estados Unidos, Greenberg y col. (2003) observaron que entre los años 1990 y 2000 los gastos destinados a la depresión se duplicaron respecto a la década anterior. Se ha estimado que la carga de esta enfermedad seguirá incrementando pues Mathers y Loncar (2006) realizaron la previsión que en el año 2030, la depresión será una de las tres principales enfermedades con más carga y pérdida de salud asociada a los países desarrollados.

En cuanto a su tratamiento, existen diversas guías de práctica clínica y autores que establecen la remisión como el principal objetivo del tratamiento de la depresión (Bradley y col., 2015; Dennehy y col., 2015; Kupfer, 2012; Nierenberg y col., 1999; Rush y col., 1998 y Rush y col., 1995). La remisión puede definirse como la ausencia parcial o total de los síntomas de la enfermedad (Bradley, 2015) o como el nivel de sintomatología depresiva indistinguible del que podría tener una persona sin depresión mayor, mostrando un nivel óptimo de funcionamiento (Thase, 2006).

Se ha mostrado que la remisión total de la sintomatología tiende a reducir la posibilidad de sufrir recaídas y por lo tanto mejora la tasa de recuperación y funcionamiento social (Thase, 2006). En cambio, en la remisión parcial pueden mostrarse síntomas residuales del trastorno depresivo mayor que según Tranter y col. (2002), tienen una gran influencia sobre la tasa de recaídas incrementando su frecuencia así como los costes destinados a salud mental (Dennehy y col., 2015).

Por otro lado, la literatura científica ha demostrado la existencia de comorbilidad entre la depresión mayor y otros trastornos psicológicos, entre ellos los trastornos de la

personalidad (Gili y col., 2011). Si bien hay autores que afirman la dificultad de cuantificar de forma precisa la proporción de la población con trastornos de personalidad (Coid, 2003), se ha estimado que la prevalencia media de los mismos entre la población adulta se sitúa en torno al 5 y 10% (Samuels, 2011) variando en función del tipo de estudio y del método de evaluación de los trastornos de la personalidad. Lenzeweger (2008) encontró una prevalencia media del 10.6%, en cambio Huang y col. (2009) refieren tasas estimadas entre un 6.1% y un 7.3%.

Se ha puesto de manifiesto que los trastornos de la personalidad llevan asociada una disfunción funcional tanto en el ámbito social como laboral (Coid, 2003); la cual, en algunos casos, se relaciona con la frecuente comorbilidad de los mismos con otros tipos de trastornos psicológicos (Samuels, 2011). Diversos autores afirman la comorbilidad de los trastornos de la personalidad con los trastornos del estado de ánimo (Coid, 2003; Huang y col. 2003), concretamente con la depresión (Tyler y col., 2010).

Wongpakaran y col. (2015) encontraron que los trastornos de personalidad que más se presentan en el curso del trastorno depresivo mayor son el trastorno de personalidad límite y con más frecuencia una mezcla de trastornos de los grupos A y C. De hecho, hay evidencia de la alta comorbilidad entre los trastornos de personalidad de grupo C y la depresión (Enfoux y col., 2013; Friborg y col., 2014; Newton-Howes, 2008), en especial, el trastorno dependiente (Vilaplana y col., 2010). Cabe mencionar que Enfoux y col. (2013) observaron diferencias entre edades concluyendo que los trastornos de personalidad más frecuentes entre mujeres jóvenes estudiantes son el trastorno límite de la personalidad y el trastorno evitativo.

Una parte importante de la literatura se ha focalizado en estudiar la influencia de los trastornos de personalidad en el curso de la depresión, por ejemplo Berlanga y col. (1999), observaron la relación entre los rasgos neuróticos de la personalidad y una mayor tasa de

recaídas del trastorno depresivo. Si bien Skodol y col. (2011) no detectaron ningún efecto sobre este factor, algunos autores han demostrado una mayor tasa de recaídas en personas con trastornos de personalidad (Grilo y col., 2010 y Sheets y col., 2014), especialmente el trastorno límite (Wongpakaran y col. 2015).

El trastorno anteriormente mencionado también parece tener influencia sobre el tiempo hasta la remisión de la depresión. Algunos autores confirman que los trastornos de personalidad aumentan dicho tiempo (Grilo y col., 2005), aunque existe clara evidencia que el trastorno límite es el más determinante (Grilo y col., 2010; Levenson y col., 2012; Skodol y col., 2011; Wongpakaran y col., 2015).

En cuanto a la influencia de los trastornos de personalidad sobre el tratamiento de la depresión, Newton-Howes y col. (2014) concluyen en su revisión que los trastornos de personalidad sí tienen un efecto negativo sobre el tratamiento de la depresión, reduciendo a la mitad la probabilidad de respuesta ante el mismo. De hecho, diversos son los autores que han observado menor respuesta al tratamiento en personas con trastorno de personalidad (Fournier y col., 2008, Newton-Howes, 2008) en tratamientos de corta duración (Gorwood y col., 2010, Levenson y col., 2012; Wongpakaran y col., 2015) observándose mayor sintomatología clínica, peor funcionamiento general (Goddard y col., 2015) así como una menor probabilidad de recuperación y mejora del funcionamiento social (Shea y col., 1990).

No obstante lo anterior, son pocos los autores que hablan de la influencia de los trastornos de personalidad sobre la gravedad de la depresión a pesar que se ha observado que la gravedad inicial de la depresión actúa como predictor de la respuesta al tratamiento (Elkin y col., 2010 y Henkel y col., 2011) y por tanto resulta determinante en la elección del mismo.

Elkin y col. (1995) observaron mayores diferencias entre tratamientos en pacientes con trastorno depresivo grave, siendo éstos últimos quienes muestran una mayor respuesta al tratamiento comparando con pacientes con sintomatología depresiva leve (Henkel, 2011).

En cuanto a la influencia de los trastornos de personalidad sobre este factor, Hayward y col. (2013) concluyeron que la personalidad juega un papel importante en la gravedad sintomática de la depresión. Basándose en el modelo de los *Big Five*, se ha observado que a niveles más altos de neuroticismo y niveles menores de extraversión, se muestra una mayor gravedad de la depresión (Koorevar y col., 2013) concluyendo que existe relación entre la gravedad de la depresión y la personalidad.

Concretamente, Köhling y col. (2015) observaron una mayor gravedad de la sintomatología depresiva en personas que tienen además un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, en comparación con pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo único. También se ha mostrado relación entre la gravedad de la sintomatología en el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad y el nivel de sintomatología depresiva (Rees y col., 2014).

En definitiva, Kelly y col. (2009) observaron una correlación entre la gravedad de la depresión y la gravedad de los trastornos de personalidad, concluyendo que puntuaciones altas en sintomatología depresiva podrían relacionarse con una mayor presencia de patología de la personalidad.

De acuerdo con la relevancia clínica de la gravedad de la depresión para su tratamiento, el objetivo de este estudio es conocer la influencia de la personalidad sobre la gravedad de la depresión. En relación a la información previa de estudios anteriores asumiendo que a mayor patología de la personalidad mayor será la gravedad de la depresión, se han generado dos hipótesis principales:

1) A mayor número de rasgos disfuncionales de la personalidad mayor será la gravedad de la sintomatología depresiva.

2) A mayor número de criterios que se cumplen para cada rasgo de personalidad, mayor será la gravedad de la sintomatología depresiva.

Metodología

Participantes

Los participantes de este estudio son 25 pacientes de diferentes edades que acuden de manera ambulatoria a una unidad de salud mental (USM) derivados por su médico de cabecera o por otros dispositivos relacionados. Las USM a las que han acudido los pacientes son: USM Santa Ponça, la USM Palmanova y USM del hospital Joan March.

Criterios de inclusión

Se ha incluido en el estudio a todos aquellos pacientes que cumplían los siguientes criterios y que aceptaron voluntariamente participar en el estudio:

- Tener entre 17 y 70 años.
- Tener un diagnóstico de depresión mayor según criterios DSM-5.
- Tener una puntuación de 8 o superior en la escala HAM-D.
- Iniciar un tratamiento psicológico o psicofarmacológico en el momento de la inclusión.
- Tener capacidad suficiente para poder contestar los instrumentos de evaluación.

Criterios de exclusión

-Tener una discapacidad intelectual que altere el proceso de evaluación y por tanto los datos obtenidos.

-Tener un diagnóstico de Trastorno Bipolar.

Instrumentos de medida

En primer lugar, se ha recogido información sobre la edad y el sexo de los participantes mediante un cuestionario diseñado para el estudio. Posteriormente, se han usado los instrumentos de evaluación correspondientes para valorar la gravedad de la depresión y los rasgos disfuncionales de la personalidad.

Hamilton Rating Scale for Depression HAM-D (Hamilton, 1960): Se ha usado la versión de 17 ítems HAM-D validada al castellano (Ramos-Brieva y col., 1986), para medir la gravedad de la sintomatología depresiva. Según Zimmerman y col. (2013), el HAM-D es una de las escalas más usadas para clasificar a los pacientes con depresión en grupos según su gravedad y evaluar las implicaciones en el tratamiento.

Esta medida se ha tomado al inicio del tratamiento para conocer la sintomatología clínica antes de la intervención psicológica y/o psiquiátrica. En cuanto a la forma de aplicación, la HAM-D está diseñada para ser aplicada por el profesional durante la entrevista clínica en pacientes con depresión. Las puntuaciones que se obtienen indican la gravedad de la sintomatología en función a cinco categorías; 0-7 no deprimido, 8-13 depresión ligera, 14-18 depresión moderada, de 19-22 depresión grave y 23 o más depresión muy grave (Sharp, 2015).

Para valorar la respuesta al tratamiento de la depresión, se ha operativizado la remisión en una puntuación en el HAM-D de 7 o menor que 7 (Frank y col., 1991).

Self-Administered Questionnaire of the Structured Clinical Interview for DSM-IV

Axis II Diagnosis SCID-II (First y col. 1997): Para valorar los rasgos disfuncionales y trastornos de personalidad se ha pasado la adaptación española del cuestionario SCID-II (First y col. 1999), que consta de 119 preguntas de respuesta tipo SÍ/NO. Además del cuestionario, el SCID-II consta de una entrevista semiestructurada que evalúa los trastornos de personalidad.

Durante la entrevista se evalúan los ítems en que la persona ha contestado afirmativamente y se asigna una puntuación en función del cumplimiento o no del criterio que evalúa cada ítem y así confirmar la presencia o no del trastorno de personalidad correspondiente.

En este estudio se aplicó la primera parte del SCID-II, obteniendo las puntuaciones directas del cuestionario y por tanto de los rasgos disfuncionales de la personalidad de forma dimensional.

Procedimiento

Para seleccionar a los participantes se ha realizado una entrevista de evaluación por el profesional de referencia contando con la colaboración de los psicólogos y psiquiatras de las USM anteriormente mencionadas. Durante las entrevistas, se ha valorado la presencia de sintomatología depresiva recogida en la escala HAM-D y con una puntuación igual o mayor a 8.

Una vez obtenida la puntuación referente a la gravedad de la depresión, se ha procedido a evaluar la presencia de rasgos de personalidad disfuncionales mediante la primera parte del cuestionario SCID-II. Durante las siguientes visitas de seguimiento, se entregó dicho cuestionario a los participantes para ser rellenado fuera de la consulta. Para la

autoaplicación se dieron las instrucciones pertinentes y un espacio para resolver dudas antes y después de contestar el cuestionario.

Variables

En relación a la hipótesis principal, se pretende observar si a mayor patología de la personalidad, mayor es la gravedad de la depresión. Para valorar la gravedad de la depresión se han clasificado los datos obtenidos según las categorías de gravedad determinadas en el cuestionario HAM-D.

Para medir el nivel de patología de la personalidad se han valorado dos variables principales; el número de rasgos disfuncionales de la personalidad y el número de criterios que se cumplen para cada rasgo disfuncional.

Por lo tanto, para el presente estudio se han obtenido datos de las siguientes variables; la gravedad de la depresión, el número de rasgos de la personalidad disfuncionales y el número de criterios cumplidos para cada rasgo de la personalidad.

Gravedad de la depresión: la gravedad de la depresión se ha medido a través de las puntuaciones directas del cuestionario HAM-D.

Número de rasgos disfuncionales de la personalidad: mediante la primera parte del SCID-II se ha valorado el número de rasgos disfuncionales de la personalidad, entendiendo como rasgos disfuncionales las categorías de personalidad en los que el participante cumple con los criterios mínimos para considerar su presencia.

Para el diagnóstico categorial de los de trastornos de la personalidad, sería necesario realizar la segunda parte del SCID-II correspondiente a la entrevista clínica.

Número de criterios cumplidos en cada rasgo de personalidad: A través del cuestionario SCID-II, se ha obtenido el número de criterios que se cumplen para cada categoría de personalidad teniendo en cuenta solamente aquellas categorías en las que los participantes cumplen con los criterios mínimos.

Con las variables establecidas, también se han podido extraer otros datos de interés sobre la muestra como por ejemplo, la distribución de la muestra según la gravedad de la depresión observándose en qué categorías se incluyen más o menos participantes.

También se han podido observar los rasgos disfuncionales de la personalidad que se presentan con mayor y menor frecuencia en la muestra, pudiendo comparar los datos obtenidos con los datos de prevalencia presentes en la literatura. Finalmente, se ha realizado una media de rasgos disfuncionales de la personalidad presente en toda la muestra.

Resultados

Descripción de la muestra

La muestra se compone de un total de 25 pacientes, 68% mujeres y 32% hombres con una media de edad de 40.2 años. Como se puede observar en la tabla 1, la mayoría de la muestra tiene una gravedad sintomática de depresión intermedia situándose en las categorías de depresión moderada (36%) o grave (32%) con más frecuencia, y en las categorías de depresión ligera (8%) o depresión muy grave (24%) en menor grado.

En la tabla 2 se muestra la frecuencia de aparición de los diferentes rasgos de personalidad disfuncionales a lo largo de la muestra. Se observa que los rasgos dependientes (68%), autodestructivos (64%), obsesivo-compulsivos (64%) y límites (64%) son los rasgos que aparecen con más frecuencia, coincidiendo con la literatura revisada en la alta

prevalencia del trastorno dependiente y el trastorno límite de la personalidad en personas con depresión mayor.

Los rasgos de personalidad que menos aparecen son los rasgos pasivo-agresivos (4%), rasgos sádicos (8%) y los rasgos antisociales, especialmente en adolescentes (0%).

Finalmente, se observa que la media de rasgos de personalidad disfuncionales a lo largo de la muestra es de 5.24.

Tabla 1

Distribución de la muestra según la gravedad de la depresión

Categoría de gravedad	Frecuencia (n=25)	Porcentaje
Ligera	2	8%
Moderada	9	36%
Grave	8	32%
Muy grave	6	24%
Total	25	100%

Tabla 2

Frecuencia de los rasgos disfuncionales de la personalidad

Rasgos de personalidad disfuncionales	Frecuencia (n=25)	Porcentaje
Rasgos evitativos	14	56%
Rasgos dependientes	17	68%
Rasgos obsesivo-compulsivos	16	64%
Rasgos pasivo-agresivos	1	4%
Rasgos autodestructivos	17	68%
Rasgos paranoides	14	56%
Rasgos esquizotípicos	6	24%
Rasgos esquizoides	5	20%
Rasgos histriónicos	6	24%
Rasgos narcisistas	11	44%
Rasgos límites	16	64%
Rasgos sádicos	2	8%
Rasgos antisociales adulto	5	20%
Rasgos antisociales adolescente	0	0%

Tabla 3

Media de rasgos disfuncionales de la personalidad

	N	Rasgos mín.	Rasgos máx.	Media
Número de rasgos SCID-II	25	1	10	5,24

Correlación entre la gravedad de la depresión y la personalidad

En relación a la hipótesis principal, se ha procedido a la extracción de las medias de los rasgos disfuncionales de personalidad por cada categoría de gravedad de la depresión.

En la tabla 4, se muestra como la media de rasgos más elevada se sitúa en la categoría de depresión muy grave (7.33) seguida de depresión moderada (4.89), depresión grave (4.63) y finalmente depresión ligera (3), observándose mayores diferencias en las categorías extremas (depresión muy grave y ligera) y en menor grado en las categorías intermedias (depresión grave y moderada).

Para la valoración de diferencias significativas entre categorías se ha realizado un análisis de la variancia (ANOVA) obteniendo un nivel de significación de 0.03, y en consecuencia mostrando diferencias significativas.

Por lo tanto, estos resultados sugieren que a mayor media de rasgos disfuncionales de la personalidad, mayor es la gravedad de la sintomatología depresiva según las categorías establecidas en el HAM-D.

Tabla 4

Media de rasgos disfuncionales de la personalidad por gravedad de la depresión

Gravedad de sint. Depresiva	Media de rasgos disfun. Personalidad	N
Ligera	3	2
Moderada	4,89	9
Grave	4,63	8
Muy grave	7,33	6
Total	5,24	25

* Test ANOVA. Sign. 0.03

Correlación entre el número de criterios y la gravedad de la depresión

Con el fin de observar la relación entre el número de criterios que se cumplen por cada rasgo de personalidad y la gravedad de la depresión, en primer lugar se ha obtenido una media de criterios que se cumplen por cada rasgo y se han clasificado según las diferentes categorías de gravedad de la depresión.

En la tabla 5, se muestra una distribución irregular de los criterios. A pesar de que en algunos casos se observa una mayor media de criterios en la categoría de depresión muy grave, como por ejemplo en los rasgos pasivo-agresivos, autodestructivos, paranoides, esquizotípicos, esquizoides, histriónicos y límites, no se muestra una tendencia general a incrementar el número de rasgos a lo largo de las categorías mostrándose en algunos casos mayores medias en las categorías de menor gravedad.

En la tabla 6, se ha realizado el test ANOVA para observar la significación de la correlación entre la gravedad de la depresión y el número de criterios por cada categoría. Como se puede observar, no se muestran diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los rasgos disfuncionales de la personalidad.

Cabe tener en cuenta que en este análisis se ha contabilizado el número de criterios solamente en aquellos casos en que los participantes cumplían con los criterios mínimos establecidos para cada rasgo, disminuyendo el número muestral de forma considerable y pudiendo afectar a la significación de los resultados.

Por otro lado, en la tabla 5 se puede observar que la media de criterios que se cumplen es más elevada en los rasgos límite (7.4) y esquizotípico (7.17), seguidos de los rasgos obsesivo-compulsivos (6.81) y autodestructivos (6.38), evidenciando que los participantes que han puntuado en los mencionados rasgos de personalidad lo han hecho con un mayor número de criterios y por tanto, considerando una mayor probabilidad de presentar trastorno.

Tabla 5

Media de criterios por rasgo de personalidad y gravedad de la depresión (media /n)

Gravedad sint. Depr.	Evitat.	IOC	Pasivo- agr.	Autodestr.	Paran.	Esquizot.	Esquizoi.	Histr.	Narcis.	Límit.	Sádicos	Antis. Adulto
Ligera	8 /1		5 /1	5,5 /2					6 /1			4 /1
Moderada	5,33 /6	6,2 /5	5 /1	6,14 /7	5,5 /4	6 /1	4,5 /2	4 /2	6 /3	6,83 /6		
Severa	5,6 /5	6,2 /5		6,3 /3	4,8 /5	7 /2	4,5 /2	4 /2	6 /3	7,5 /4		5 /1
Muy severa	5,33 /3	7,8 /5	7 /1	7 /5	5,67 /3	7,67 /3	5 /1	6,5 /2	5,8 /5	8,5 /4	5,5 /2	4 /3
Total	5,43 /14	6,81 /16	6 /2	6,38 /16	5,29 /14	7,17 /6	4,6 /5	4,83 /6	5,91 /11	7,4 /15	5,5 /2	4,2 /5

Tabla 6

Significación de la correlación entre el número de criterios por rasgo y la gravedad de la depresión

Signif.	Evitat.	IOC	Pasivo- agr.	Autodestr.	Paran.	Esquizot.	Esquizoi.	Histr.	Narcis.	Límit.	Sádicos	Antis. Adulto
Signif.	0,95	0,4	-	0,59	0,57	0,86	0,83	0,2	0,97	0,6	-	0,71

Discusión

La gravedad inicial de la depresión se ha mostrado determinante para la selección del tratamiento de la misma y de su eficacia. De hecho, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recomienda diferentes tratamientos en función de la gravedad de la sintomatología depresiva.

En relación a esta información y a la frecuente comorbilidad del trastorno depresivo y los trastornos de la personalidad, el objetivo principal de este estudio es observar la correlación entre la presencia de rasgos disfuncionales de la personalidad y la gravedad de la depresión.

Según los resultados obtenidos, se observan mayores puntuaciones en el HAM-D en aquellos participantes que cumplen criterios en más rasgos disfuncionales de personalidad en el cuestionario SCID-II, mostrándose diferencias estadísticamente significativas. Por lo tanto, se evidencia que a mayor número de rasgos disfuncionales de la personalidad, más grave se presenta la sintomatología depresiva confirmando la primera hipótesis planteada.

No obstante, no hay datos significativos en cuanto a la correlación entre el número de criterios que se cumplen por cada rasgo de personalidad y la gravedad de la depresión, ya que como norma general se observa una distribución irregular, no mostrándose mayores puntuaciones en el HAM-D a mayor número de criterios presentes. Cabe destacar que en los rasgos de personalidad autodestructivos, esquizotípicos, esquizoides, histriónicos y límites se muestra una tendencia a aumentar la gravedad de la depresión a mayor número de criterios, aunque de forma no significativa.

A nivel metodológico, para obtener los resultados de dicha correlación se han tenido en cuenta a aquellos participantes que cumplen los criterios mínimos por cada rasgo de

personalidad descartando el resto de datos. Esta reducción de la muestra podría ser una de las explicaciones de la no significación de los datos.

En definitiva, los resultados muestran una relación entre la personalidad y la gravedad de la depresión siempre y cuando se hable del número de rasgos disfuncionales presentes pero no de la intensidad con la que éstos se presentan -número de criterios-.

No se han encontrado estudios previos que comparen las mismas variables, pero sí hay autores que confirman la correlación entre la gravedad de la depresión y la personalidad (Hayward y col., 2013; Kelly y col., 2009, Newton-Howes, 2008; Ormel y col, 2004) tal y como se ha podido observar en este estudio. Otros estudios confirman la correlación entre rasgos de personalidad concretos y la gravedad de la depresión, en especial rasgos neuróticos (Mattison y col., 2009) y de introversión (Newton-Howes, 2008). No obstante a lo anterior, queda por determinar el tipo de relación entre ambos factores y si la presencia de dichos rasgos de personalidad influyen en la gravedad de la depresión o si la sintomatología depresiva podría acentuar la presencia de determinados rasgos en el proceso de evaluación de la personalidad (Mattison y col., 2009).

Algunos autores han confirmado que los trastornos de personalidad más frecuentes en el curso del trastorno depresivo son el trastorno de personalidad límite (Wongpakaran y col. 2015) y el trastorno dependiente (Vilaplana y col., 2010 y Wongpakaran y col., 2015). Estos datos coinciden con los resultados de este estudio ya que los rasgos de personalidad límite y dependientes se muestran entre los cuatro más frecuentes, siendo los rasgos dependientes los más presentes.

Limitaciones

Este estudio tiene algunas limitaciones que deben ser mencionadas. La limitación más relevante es el tamaño de la muestra ya que no permite obtener resultados significativos, o con nivel de significación alto y podría afectar a la validez de los datos. Aumentando la muestra, además de obtener datos más robustos, se podrían observar diferencias entre los rasgos de personalidad y profundizar en el tipo de correlación existente entre los mismos y la gravedad de la depresión.

Cabe tener en cuenta que la muestra corresponde a pacientes con depresión que deciden recibir un tratamiento psicológico/psiquiátrico, mostrando un componente motivacional y de búsqueda de ayuda. Por lo tanto, los datos podrían no ser generalizables a la población con depresión que no esté acudiendo a un profesional o con motivación para el cambio.

Durante el proceso de obtención de datos, otra de las limitaciones es la evaluación de la personalidad mediante el SCID-II. Ante la imposibilidad de realizar la entrevista clínica como componente diagnóstico esencial, no se han podido evaluar los trastornos de la personalidad de forma categorial, si no los rasgos disfuncionales dimensionalmente.

Finalmente, no se han controlado algunas variables de la muestra que podrían tener influencia sobre los resultados obtenidos, como puede ser la toma de medicación de los participantes y la presencia de enfermedades o dolencias físicas.

Implicaciones

Tal y como se ha observado, la gravedad inicial de la depresión puede determinar la eficacia de su tratamiento (Elkin y col., 2010 y Henkel y col., 2011). Es por ello que es

importante conocer los factores que influyen en la gravedad del trastorno para determinar el tipo de tratamiento.

Según los resultados, la personalidad parece tener influencia sobre la gravedad de la sintomatología depresiva, por lo tanto, su evaluación en personas con depresión podría tener una utilidad pronóstica.

En definitiva, la evaluación de la personalidad, sus rasgos y eventuales trastornos, a pesar de las limitaciones de tiempo, debería formar parte de la monitorización habitual de pacientes con cuadros depresivos.

Para complementar esta información, sería de utilidad observar la influencia de los rasgos o trastornos de personalidad sobre el tratamiento de la depresión y detectar qué efecto tiene cada tipo de trastorno o rasgo.

Conclusiones

A pesar de las limitaciones metodológicas, en especial el reducido tamaño de la muestra, los resultados de este estudio indican una relación entre los rasgos disfuncionales de la personalidad y la gravedad de la sintomatología depresiva en pacientes que están recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico en la red de salud mental.

Incorporar la evaluación de la personalidad en la atención del paciente con sintomatología depresiva podría aportar al profesional datos sobre el pronóstico del trastorno depresivo y una orientación en la selección del tratamiento adecuado.

Resulta necesaria más investigación para determinar el papel que juegan los rasgos disfuncionales y trastornos de personalidad sobre el tratamiento de la depresión.

Bibliografía

Berlanga, C., Heinze, G., Torres, M., Apiquián, R. and Caballero, A. (1999). Personality and Clinical Predictors of Recurrence of Depression. *Psychiatric Services*, 50(3), pp.376-380.

Bradley, N., Gaynes, B.N., Jackson, W.C., Rorie, K.D. (2015). Major Depressive Disorder in the Primary Care Setting: Strategies to Achieve Remission and Recovery. *Supplement to The Journal of Family Practice*, 6(9).

Bromet, E., Andrade, L.H., Hwang, I., Sampson, N.A., Alonso, J., De Girolamo, G., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Hu, C., Iwata, N., N Karam, A., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lépine, J-P., Levinson, D., Matschinger, H., Medina Mora, M.E., Oakley Browne, M., Posada-Villa, J., Viana, M.C., Williams, D.R. and Kessler, R.C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive disorder. *BMC Medicine*, 9(9).

Dennehy, E., Robinson, R., Stephenson, J., Faries, D., Grabner, M., Palli, S., Stauffer, V. and Marangell, L. (2015). Impact of non-remission of depression on costs and resource utilization: from the COMorbidities and symptoms of DEpression (CODE) study. *Current Medical Research and Opinion*, 31(6), pp.1165-1177.

Elkin, I., Gibbons, R., Shea, M., Sotsky, S. and et al (1995). Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), pp.841-847.

Enfoux, A., Courtois, R., Duijsens, I., Reveillere, C., Senon, J., Magnin, G., Voyer, M., Montmasson, H., Camus, V. and El-Hage, W. (2013). Comorbidity between personality disorders and depressive symptomatology in women: A cross-sectional study of three different transitional life stages. *Personality and Mental Health*, 7(3), pp.233-241.

Fernández, A., Pinto-Meza, A., Bellón, J., Roura-Poch, P., Haro, J., Autonell, J., Palao, D., Peñarrubia, M., Fernández, R., Blanco, E., Luciano, J. and Serrano-Blanco, A. (2010). Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. *General Hospital Psychiatry*, 32(2), pp.201-209.

First, MB., Gibbon M, Spitzer RL, Williams, JBW, Benjamin LS. (1997). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II). Washington: American Psychiatric Press, Inc.

First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. & Benjamin, L.S. (1999). Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV. Barcelona: Masson.

Fournier, J., De Rubeis, R., Shelton, R., Gallop, R., Amsterdam, J. and Hollon, S. (2008). Antidepressant medications v. cognitive therapy in people with depression with or without personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), pp.124-129.

Frank, E. (1991). Conceptualization and Rationale for Consensus Definitions of Terms in Major Depressive Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 48(9), p.851.

Friborg, O., Martinsen, E., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K. and Rosenvinge, J. (2014). Comorbidity of personality disorders in mood disorders: A meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, pp.1-11.

Gili M, Garcia-Toro M, Vives M, Armengol S, Garcia-Campayo J, Soriano JB, Roca M. (2011). Medical comorbidity in recurrent versus first-episode depressive patients. *Acta Psychiatr Scand*, 123(3), pp.220-7.

Goddard, E., Wingrove, J. and Moran, P. (2015). The impact of comorbid personality difficulties on response to IAPT treatment for depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 73, pp.1-7.

Gorwood, P., Rouillon, F., Even, C., Falissard, B., Corruble, E. and Moran, P. (2010). Treatment response in major depression: effects of personality dysfunction and prior depression. *The British Journal of Psychiatry*, 196(2), pp.139-142.

Greenberg, P., Kessler, R., Birnbaum, H., Leong, S., Lowe, S., Berglund, P. and Corey-Lisle, P. (2003). The Economic Burden of Depression in the United States. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(12), pp.1465-1475.

Grilo, C., Sanislow, C., Shea, M., Skodol, A., Stout, R., Gunderson, J., Yen, S., Bender, D., Pagano, M., Zanarini, M., Morey, L. and McGlashan, T. (2005). Two-Year Prospective Naturalistic Study of Remission From Major Depressive Disorder as a Function of Personality Disorder Comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), pp.78-85.

Grilo, C., Stout, R., Markowitz, J., Sanislow, C., Ansell, E., Skodol, A., Bender, D., Pinto, A., Shea, M., Yen, S., Gunderson, J., Morey, L., Hopwood, C. and McGlashan, T. (2010). Personality Disorders Predict Relapse After Remission From an Episode of Major Depressive Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(12), pp.1629-1635.

Hamilton, M. (1960). Rating scale for depression. *J.Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23, pp.56-62.

Haro, J., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M. and Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), pp.445-451.

Hayward, R.D., Taylor, W.D., Smoski, M.J., Steffens, D.C., Payne, M.E. (2013). Association of five-factor model personality domains and facets with presence, onset, and treatment outcomes of major depression in older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(1), pp.88-96.

Henkel, V., Seemüller, F., Obermeier, M., Adli, M., Bauer, M., Kronmüller, K., Holsboer, F., Brieger, P., Laux, G., Bender, W., Heuser, I., Zeiler, J., Gaebel, W., Mayr, A., Riedel, M. and Möller, H. (2010). Relationship between Baseline Severity of Depression and Antidepressant Treatment Outcome. *Pharmacopsychiatry*, 44, pp.27-32.

Huang, Y., Kotov, R., De Girolamo, G., Preti, A., Angermeyer, M., Benjet, C., Demyttenaere, K., De Graaf, R., Gureje, O., Karam, A.N, Lee, S., Lépine, J.P., Matschinger, H., Posada-Villa, J., Suliman, S., Vilagut, G. and Kessler, R. (2009). DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 195, pp.46-53.

Kelly, B., Nur, U., Tyrer, P. and Casey, P. (2009). Impact of severity of personality disorder on the outcome of depression. *European Psychiatry*, 24(5), pp.322-326.

Köhling, J., Ehrental, J., Levy, K., Schauenburg, H. and Dinger, U. (2015). Quality and severity of depression in borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 37, pp.13-25.

Koorevaar, A., Comijs, H., Dhondt, A., van Marwijk, H., van der Mast, R., Naarding, P., Oude Voshaar, R. and Stek, M. (2013). Big Five personality and depression diagnosis, severity and age of onset in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), pp.178-185.

Kupfer, D., Frank, E. and Philips, M. (2012). Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet*, 379(9820), pp.1045-1055.

Lenzenweger, M.F. (2008). Epidemiology of Personality Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(3), pp.395-403.

Levenson, J., Wallace, M., Fournier, J., Rucci, P. and Frank, E. (2012). The role of personality pathology in depression treatment outcome with psychotherapy and pharmacotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), pp.719-729.

Mathers, C. and Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11), p.e442.

Mattisson, C., Bogren, M., Horstmann, V., Tambs, K., Munk-Jørgensen, P. and Nettelbladt, P. (2009). Risk factors for depressive disorders in the Lundby cohort - A 50 year prospective clinical follow up. *Journal of Affective Disorders*, 113, pp.203-215.

Newton-Howes, G. (2008). The influence of personality disorders on the outcome of depression. *Psychiatry*, 7(3).

Newton-Howes, G., Tyrer, P., Johnson, T., Mulder, R., Kool, S., Dekker, J. and Schoevers, R. (2014). Influence of Personality on the Outcome of Treatment in Depression: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Personality Disorders*, 28(4), pp.577-593.

Nierenberg, A.A., Keefe, B.R., Leslie, V.C., Alpert, J.E., Pava, J.A., Worthington III, J.J., Rosenbaum and J.F., Fava, M. (1999). Residual symptoms in depressed patients who respond

acutely to fluoxetine. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 1, pp.124.

Ormel, J., Oldehinkel, A.J., Vollebergh, W. (2004). Vulnerability Before, During, and After a Major Depressive Episode. *Arch. Gen. Psychiatry*, 61, pp.990-995.

Ramos-Brieva, J.A., Cordero Villafáfila, A. (1986). Validation of the Castillian version of the Hamilton Rating Scale for Depression. *Actas luso-espanolas de neurologia, psiquiatria y ciencias afines*, 14(4), pp.324-334.

Rees, C., Roberts, L., van Oppen, P., Eikelenboom, M., Hendriks, A., van Balkom, A. and van Megen, H. (2014). Personality and symptom severity in Obsessive–Compulsive Disorder: The mediating role of depression. *Personality and Individual Differences*, 71, pp.92-97.

Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Garcia Campayo, J. and Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119(1-3), pp.52-58.

Rush, A.J., Crismon, M.L., Toprac, M.G., Trivedi, M.H., Rago, W.V., Shon, S., Altshuler, K.Z. (1998). Consensus guidelines in the treatment of major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), pp.73-84.

Rush, A.J., Laux, G., Giles, D.E., Jarrett, R.B., Weissenburger, J., Feldman-Koffler, F., Stone, L. (1995). Clinical characteristics of outpatients with chronic major depression. *Journal of Affective Disorders*, 34(1), pp.25-32.

Samuels, J. (2011). Personality disorders: Epidemiology and public health issues. *International Review of Psychiatry*, 23(3), pp.223-233.

Sharp, R. (2015). The Hamilton Rating Scale for Depression. *Occupational Medicine*, 65(4), pp.340-340.

Shea, M., Pilkonis, P., Beckham, E., Collins, J., Elkin, I., Sotsku, S. and Docherty, J. (1990). Personality Disorders and Treatment Outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 147(6), pp.771-718.

Sheets, E., Duncan, L., Bjornsson, A., Craighead, L. and Craighead, W. (2013). Personality Pathology Factors Predict Recurrent Major Depressive Disorder in Emerging Adults. *Journal of Clinical Psychology*, 70(6), pp.536-545.

Skodol, A., Grilo, C., Keyes, K., Geier, T., Grant, B. and Hasin, D. (2011). Relationship of Personality Disorders to the Course of Major Depressive Disorder in a Nationally Representative Sample. *American Journal of Psychiatry*, 168(3), pp.257-264.

Thase, M.E., Fava, M., Zimmerman, M., Culpepper, L. (2006). Managing depression in primary care: Achieving remission. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 8(2), pp.88-97.

Tranter, R., O'Donovan, C., Chandarana, P. and Kennedy, S. (2002). Prevalence and outcome of partial remission in depression. *Journal of Psychiatry Neuroscience*, 27(4), pp.247-247.

COID, J. (2003). Epidemiology, public health and the problem of personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 182(44), pp.3s-10.

Tyler, P., Mulder, R., Crawford, M., Newton-Howes, G., Simonsen, E., Ndeti, D., Koldobsky, N., Fossati, A., Mbatia, J. and Barrett, B. (2010). Personality disorder: a new global perspective. *World Psychiatry*, 9(1), pp.56-60.

Vilaplana, M., McKenney, K., Riesco, M., Autonell, J. and Cervilla, J. (2010). Depressive comorbidity in personality disorders. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 3(1), pp.4-12.

Wongpakaran, N., Boonyanaruthee, V., Pinyopornpanish, M., Intaprasert, S. and Wongpakaran, T. (2015). Comorbid personality disorders among patients with depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, p.1091.

Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., Boonyanaruthee, V., Pinyopornpanish, M. and Intaprasert, S. (2015). The influence of comorbid personality disorders on recovery from depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, pp.725.

Zimmerman, M., Martinez, J., Young, D., Chelminski, I. and Dalrymple, K. (2013). Severity classification on the Hamilton depression rating scale. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), pp.384-388.