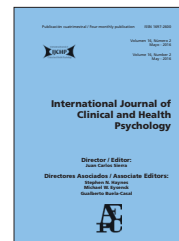




# International Journal of Clinical and Health Psychology

www.elsevier.es/ijchp



## Predictors of depression severity in a treatment-seeking sample

Derek Richards<sup>a,b,\*</sup>, Thomas Richardson<sup>c,d</sup>, Ladislav Timulak<sup>b</sup>, Noemi Viganò<sup>a</sup>, Jacqueline Mooney<sup>a</sup>, Gavin Doherty<sup>b</sup>, Claire Hayes<sup>e</sup>, John Sharry<sup>a,f</sup>

<sup>a</sup>The Priory, John's Street West, Dublin 8, Ireland

<sup>b</sup>Trinity College Dublin, Ireland

<sup>c</sup>Solent NHS Trust, Portsmouth, United Kingdom

<sup>d</sup>University of Southampton, United Kingdom

<sup>e</sup>Aware National Charity, Dublin, Ireland

<sup>f</sup>Parents Plus Charity, Ireland

Recibido 24 de noviembre de 2015; aceptado 19 de febrero de 2016

### PALABRAS CLAVE

Depresión;  
predictores;  
gravedad;  
prevalencia;  
estudio experimental.

### Predictores de la gravedad de la depresión en personas adultas que buscan tratamiento

#### Resumen

**Antecedentes/Objetivo:** La depresión es uno de los trastornos de salud mental más comunes y un incipiente problema de salud pública. Pocos estudios han investigado la prevalencia y factores predictivos de su gravedad en el contexto irlandés. El objetivo del estudio fue investigar los factores de riesgo que predicen la gravedad de la depresión en una muestra de adultos en Irlanda en búsqueda de tratamiento. **Método:** Los participantes auto-referidos accedieron a una intervención en línea para la depresión. Los participantes ( $N = 641$ ) completaron cuestionarios, incluyendo el BDI-II, e información asociada con predictores comunes de la depresión. **Resultados:** Se encontraron varios factores que predijeron la gravedad de la depresión: el sexo, ser mujer, ser joven, situación laboral, estar soltero o con pareja pero no casado, diagnóstico previo de depresión y experiencias de estrés recientes. **Conclusiones:** El estudio contribuye a la elaboración de perfiles de incidencia y factores predictivos en la gravedad de la depresión. Los resultados confirman algunos de los factores de riesgo conocidos y ponen en relieve la necesidad de nuevas investigaciones que lleven a cabo la detección de la depresión así como un mayor acceso a las intervenciones.

© 2016 Asociación Española de Psicología Conductual. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\*Correspondencia: School of Psychology, Trinity College Dublin, Ireland  
Correo electrónico: derek.richards@tcd.ie (D. Richards)

**KEYWORDS**

Depression;  
Predictors;  
Severity;  
Prevalence;  
Experimental study.

**Abstract**

*Background/Objective:* Depression is a common mental health disorder and an emerging public health concern. Few studies have investigated prevalence and predictors of depression severity in the Irish context. To investigate the relative contribution of known risk factors that predicts depression severity in a treatment-seeking sample of adults in Ireland. *Method:* As part of a randomised controlled trial of an internet-delivered intervention for depression participants ( $N=641$ ) completed online screening questionnaires including BDI-II and information associated with common predictors of depression. *Results:* The mean score on the BDI-II was 24.13 ( $SD = 11.20$ ). Several factors were shown to predict greater severity of depression in the sample including female gender, younger age, unemployment, being single or partnered as opposed to married, previous diagnosis of depression, recent experience of life stressors. Alcohol use, recent losses, knowing a suicide completer, education level, type of employment and income level were not found to be significant. *Conclusions:* The study contributes to the profiling of the incidence and predictors of severity of depression in an Irish context. The results confirm some of the known risk factors and highlight the need for further research to be carried out on screening for depression and increasing access to interventions.

© 2016 Asociación Española de Psicología Conductual. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

La depresión es considerada como una de las principales causas de enfermedad en el mundo. Este trastorno presenta altas tasas de prevalencia a lo largo de la vida y alta cronicidad, así como aparición a temprana edad y se asocia con deterioro de la calidad de vida (Richards, 2011). La depresión representa el 4,5% del total de los años de vida por discapacidad, estando en aumento en la población general y considerándose una de las principales preocupaciones para la salud pública (World Health Organization [WHO], 2008). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha previsto que la depresión será la principal causa de enfermedad crónica en países de altos ingresos en el 2030 (WHO, 2008). Las tasas de prevalencia con doce meses se han estimado entre el 5% y el 8% en Europa y un 6% en Irlanda sobre la base de los criterios del DSM-IV, y en las zonas urbanas de Irlanda la depresión alcanza el 12,8% de todos los trastornos depresivos.

Estudios epidemiológicos internacionales han identificado varios factores importantes que predicen significativamente la gravedad de la depresión; éstos incluyen la edad, el estado civil, los episodios previos de depresión, pérdidas significativas recientes, dificultades de relación, el desempleo y las tensiones en el estilo de vida (Richards, 2011; Richards y Salamanca-Sanabria, 2014). Las tasas de prevalencia y las diferencias de género son reportadas constantemente durante toda la vida adulta (Richards, 2011). En Irlanda, por ejemplo, la Central Statistics Office (CSO; 2008) ha informado que el 68% de estos reportes de enfermedad mental, psicológica y emocional estaban entre los 18-64 años (edad laboral). Este informe también pone de relieve algunas diferencias de género en la prevalencia de la depresión: 53% mujeres y 47% hombres, aunque los índices son generalmente más altos para las mujeres (CSO, 2008).

La depresión se asocia con pérdidas en la calidad de vida y el aumento de las tasas de mortalidad. A pesar de ello, el acceso al diagnóstico y al tratamiento psicológico y/o psiquiátrico basado en evidencia es muy limitado en todo el mundo,

incluyendo Irlanda. A escala mundial muchas personas afectadas no reciben ningún diagnóstico médico ni buscan tratamiento (Andrews, Sanderson, Slade y Issakidis, 2000). La brecha en el tratamiento de la depresión en todo el mundo se ha estimado en 56,3% (Kohn, Saxena, Levay y Saraceno, 2004). Existen varias barreras para acceder al tratamiento, tales como las listas de espera, la falta de motivación para el cambio, la percepción negativa de los tratamientos farmacológicos y/o psicológicos, los costos y las dificultades personales como el estigma; cada uno puede desempeñar un papel importante en la elección de buscar diagnóstico y tratamiento (Kohn et al., 2004; Mohr et al., 2010).

## El contexto de Irlanda

Los estudios sobre la prevalencia de la depresión en Irlanda son escasos en comparación con otros países de altos ingresos; sin embargo, se han establecido tasas similares a las los informes de la literatura de prevalencia en el mundo (CSO, 2008; Richards, 2011). A nivel nacional 12 de cada 100 personas de 18 años o más presentan una enfermedad mental leve (Tedstone-Doherty, Moran y Kartalova-O'Doherty, 2008). Las políticas gubernamentales recientes en Irlanda (Health Service Executive, 2013) reconocen la necesidad de desarrollar servicios apropiados de salud mental a través de toda la comunidad para que las personas con enfermedades mentales puedan lograr una buena calidad de vida a través del acceso a servicios de salud mental. Sin embargo, la reducción de la brecha entre la política y la práctica está lejos de ser resuelta. En una encuesta realizada por el grupo de Investigación de la Salud, sólo el 10% de los encuestados había accedido a tratamiento de un médico de cabecera en el año anterior por problemas de salud mental, y el uso de los servicios especializados era aún más bajo que el nivel de atención primaria (Tedstone-Doherty et al., 2008).

## Objetivos e hipótesis

Otros estudios han examinado los factores de riesgo asociados con la depresión en Irlanda, pero en general, sólo en una parte de la población (Ayuso-Mateos et al., 2001). Antecedentes en la literatura exponen numerosos factores de riesgo; sin embargo, estos no se han considerado completamente en investigaciones irlandesas. Este estudio tuvo como objetivo incluir y analizar el mayor número de los factores de riesgo en una muestra nacional. Se utilizó la regresión múltiple para evaluar la contribución de los factores predictivos de la severidad de la depresión en una muestra de adultos irlandeses en búsqueda de tratamiento. La hipótesis de estudio fue establecer una asociación significativa con los predictores de la severidad de la depresión.

## Método

### Participantes

Irlanda tiene una población de 4.609.600 habitantes, 51% de mujeres y 49% hombres. Cincuenta y seis por ciento de la población tiene entre 15 y 55 años de edad. Como parte del procedimiento se realizó un ensayo aleatorio controlado que ofrece a la población una intervención en línea para la depresión (Richards et al., 2014, 2015), seiscientos cuarenta y un participantes ( $N = 641$ ) completaron los cuestionarios de evaluación inicial y fueron incluidos en este análisis. La muestra se compone de 27% hombres y 73% mujeres. El rango de edad fue de 14-74 ( $M = 37,2$ ;  $DT = 10,62$ ). Para excluir varias visitas a la página web, solo se incluyó participantes que ingresaron una sola vez, quienes fueron identificados a través de una dirección de correo electrónico y que a partir de entonces participaron en la intervención en línea. En el protocolo de estudio se estableció que todos los participantes fueran seleccionados independientemente de la gravedad de la depresión para acceder al tratamiento (Richards et al., 2014).

### Instrumentos

Los participantes proporcionaron información sobre los factores demográficos personales como la edad y el género. Además, los participantes suministraron información sobre predictores comunes de la depresión: estado civil (emparejados, casados, separados, divorciados, solteros, otros), empleo, número de personas a cargo, diagnóstico previo de depresión, pérdida reciente y dificultades en diferentes áreas de la vida (trabajo, finanzas, pareja, familia, o de otro tipo). Los participantes respondieron a preguntas relacionadas con ideación e intención suicida actual, o si conocían a alguien que se hubiera suicidado, y antecedentes familiares de depresión. Por último, los participantes presentaron una evaluación de la frecuencia del consumo de alcohol.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996). Cuestionario utilizado para la evaluación de los síntomas depresivos que corresponden con los criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo (American Psychiatric Association, 2000). El manual BDI-II indica que el punto de corte 17 significa que presenta una especificidad

del 93% y una sensibilidad del 18% para la presencia de la depresión mayor (Beck et al., 1996). La escala tiene diferentes niveles de depresión que son: mínimo (0-13), leve (14-19), moderado (20-28); y grave (29-63) (Beck et al., 1996).

### Procedimiento

Entre enero y marzo de 2014 se invitó a a participar en una intervención en línea para la depresión (Richards et al., 2015). La intervención y el estudio fueron divulgados a través de medios de comunicación, tales como radio y anuncios sociales. El acceso al estudio fue puesto a disposición a través de la página web de Aware, que es una organización benéfica nacional para la depresión en Irlanda. Los participantes completaron cuestionarios en línea, incluyendo la información de detección de línea de base: BDI-II, características demográficas y clínicas, e información sobre predictores de la depresión, también se incluyeron otras medidas de comorbilidad (trastorno de ansiedad generalizada, por ejemplo, [GAD-7]). En el estudio se incluyeron personas que reportaron depresión como diagnóstico principal y que también presentaron comorbilidad con ansiedad. Después de tres meses se recibió un total de 641 respuestas.

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología de Trinity College Dublin. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes en el estudio.

### Análisis

Se utilizó estadística descriptiva para establecer la prevalencia media de la depresión en la muestra y también los porcentajes gravedad de los síntomas, basado en las puntuaciones del BDI-II (Beck et al., 1996). Se llevó a cabo una regresión lineal múltiple jerárquica para determinar predictores de las puntuaciones en el BDI-II.

## Resultados

Las características de la muestra se presentan en la Tabla 1. En cuanto al BDI-II, las puntuaciones totales oscilaron entre 0-57 de 63. La media de la depresión en la muestra fue 24,13 ( $DT = 11,20$ ), que está dentro del severidad moderada de los síntomas de acuerdo con el manual (Beck et al., 1996). En cuanto a la gravedad de los síntomas, estos se presentaron de la siguiente manera: el 17,8% ( $n = 114$ ) fue mínima, el 18,4% ( $n = 118$ ) leve, 31% ( $n = 199$ ) moderada y el 32,8% ( $n = 210$ ) severa. En relación con los diagnósticos previos de depresión, no se recolectó información adicional sobre la naturaleza del diagnóstico pasado, tal como depresión resistente al tratamiento (Pérez-Wehbe, Perestelo-Pérez, Bethencourt-Pérez, Cuéllar-Pompa y Peñate Castro, 2014).

### Regresión lineal: factores predictivos de la gravedad de la depresión

El modelo de regresión lineal final, incluyendo todas las variables demográficas predijo significativamente las puntuaciones totales del BDI-II:  $F_{(33, 606)} = 4,93$ ,  $p < 0,001$ ,  $R^2$  ajustada

Tabla 1 Características de la muestra (N=641).

Características clínicas y demográficas	Rango	Media	Características clínicas y demográficas	Rango	Media
Edad	14-74 %	37,2 n	Edad	14-74 %	37.2 n
<i>Género</i>			<i>Diagnósticos previos de depresión</i>		
Mujer	73	468	No	43,1	276
Hombre	27	173	Sí	56,9	365
<i>Nivel educativo</i>			<i>Pérdidas recientes</i>		
Sin educación	1,6	10	Sí	76,9	493
Bachillerato	19	122	No	23,1	148
Pregrado	30,1	193	<i>Conoce a alguna persona que se haya suicidado</i>		
Posgrado	26,7	171	Sí	18,9	121
Otro	22,6	145	No	81,1	519
<i>Trabajo actual</i>			<i>Historia familiar de depresión</i>		
Con trabajo	63,3	406	Sí	51	327
Sin trabajo	36,7	235	No	49	314
<i>Situación laboral</i>			<i>Consumo de alcohol</i>		
Desempleado	16,2	104	Nunca o casualmente	43,2	277
Empleado a tiempo completo	44	282	Una o dos veces por semana	44,3	284
Empleado a tiempo parcial y/o estudiante	24,5	157	3+ veces por semana	12,5	80
Incapacitado	1,2	8	<i>Ingresos anuales</i>		
Vive con casa de sus padres	11,4	73	<€11k	28,2	181
Pensionado	2,7	17	€11-22k	18,9	121
<i>Estado civil</i>			€22-44k	34	218
Casado	39,3	252	€44k+	18,9	121
Divorciado	1,9	12	<i>Tensiones recientes de la vida</i>		
Tener pareja	18,7	120	Familia	15	96
Otro	2,3	15	Finanzas	15,1	97
Separado	2,8	18	Trabajo	22,6	145
Soltero	34,9	224	Pareja	4,4	28
<i>Personas a cargo</i>			Otro	18,4	118
Ninguna	55,4	355			
1-2	29,6	190			
3+	15	96			

= 0,17. En la Tabla 2 se muestran los predictores individuales significativos en el modelo. La gravedad de la depresión fue asociada significativamente al sexo femenino, edad más joven, desempleo, ser soltero o tener una pareja en comparación con los que estaban casados. Los puntajes fueron también más altos para los que reportaron tener un diagnóstico previo de depresión, los que habían tenido experiencias familiares recientes, trabajo, pareja u otros factores estresantes. No hubo un impacto significativo del nivel educativo, tipo de empleo, número de hijos a cargo, conocer a alguien que se haya suicidado, antecedentes familiares de depresión, frecuencia del consumo de alcohol ingresos anuales.

## Discusión

Se examinaron varios factores asociados con la severidad de la depresión y se demostró que ser mujer, joven, ser sol-

tero, tener un diagnóstico previo de depresión, y algunos factores estresantes vitales recientes se asociaron positivamente con la severidad de la depresión. La influencia de estos factores es coherente con la literatura previa en población adulta en Irlanda y en el resto del mundo. En contraste, no hubo asociación significativa con nivel educativo, situación laboral, número de personas a cargo, conocer a alguien que se haya suicidado, antecedentes familiares de depresión, consumo de alcohol; aunque otros estudios habían demostrado que estos son factores determinantes de la gravedad de la depresión (Hölzel, Härter, Reese y Kriston, 2011).

## Género

El estudio se apoyaba en la literatura sobre la prevalencia de la depresión en población adulta, en donde el género es un predictor significativo de la gravedad de la depresión (Richards, 2011). Estudios comunitarios realizados en las

**Tabla 2** Predictores individuales significativos en el modelo de regresión final.

	Beta (β)
<i>(Mujer) vs. Hombre</i>	-0,12**
<i>Edad</i>	-0,10*
<i>Nivel educativo</i>	
(Pregrado) vs. ninguno	0,06
(Pregrado) vs. Bachillerato	0,05
(Pregrado) vs. Postgrado	-0,04
(Pregrado) vs. Otro certificado	0
<i>(Sin trabajo) vs. con Trabajo</i>	-0,18*
<i>Situación laboral</i>	
(Desempleado) vs. Empleado a tiempo completo	-0,02
(Desempleado) vs. Empleado a tiempo parcial o estudiante	-0,04
(Desempleado) vs. Discapacitado	-0,01
(Desempleado) vs. Vivir en casa de los padres	-0,05
(Desempleado) vs. Jubilado	-0,08
<i>Estadi civil</i>	
(Casado) vs. Divorciado	-0,01
(Casado) vs. Tener pareja	0,13**
(Casado) vs. Otro	0,04
(Casado) vs. Separado	0,05
(Casado) vs. Soltero	0,15**
<i>Número de personas a cargo</i>	
(Ninguna) vs. 1-2	0,04
(Ninguna) vs. 3+	0,06
<i>(No tener diagnóstico previo de depresión) vs. Diagnóstico previo</i>	0,18***
<i>(Pérdidas recientes) vs. No pérdidas recientes</i>	0,07+
<i>(Conocer a alguien que se haya suicidado) vs. No conocer a alguien que se haya suicidado</i>	0,-01
<i>(Historia de depresión en la familia) vs. No historia familiar</i>	0,05
<i>Consumo de alcohol</i>	
(Nunca u ocasionalmente) vs. Una o dos veces por semana	-0,04
(Nunca u ocasionalmente) vs. 3+ veces por semana	0,04
<i>Ingresos anuales</i>	
(<€11k) vs. €11-22k	0,02
(<€11k) vs. €22-44k	-0,03
(<€11k) vs. €44k+	-0,07
<i>Tensiones recientes de la vida</i>	
(Ninguna) vs. Familia	0,13**
(Ninguna) vs. Finanzas	0,04
(Ninguna) vs. Trabajo	0,16***
(Ninguna) vs. Pareja	0,09*
(Ninguna) vs. Otro	0,1*

*Nota:* Las variables dummy/referencia están entre paréntesis. Si B es positiva la variable de comparación se asocia con una mayor puntuación en el BDI, si es negativa, la variable dummy se asocia con una puntuación BDI más elevada.  
+ p=0,052; \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

últimas cuatro décadas han reportado consistentemente mayores tasas de depresión en las mujeres (Brossart et al., 2013; Romans, Cohen y Forte, 2011). Los resultados de un estudio europeo llevado a cabo en 23 países, entre ellos Irlanda, encontró que en edades entre los 18 y 75 años, las mujeres reportan niveles más altos de depresión que los hombres en todos los países (Van de Velde, Bracke y Levecq, 2010). Varias especulaciones se han hecho con respecto a esta diferencia de género. En general, las mujeres tienen el doble de probabilidades de experimentar depresión que los hombres por razones tales como estrés relacionados con el género, la baja autoestima y diferencias en los estilos de afrontamiento (Kessler, 2005). La mayoría de las investigaciones actuales reconoce que las diferencias de género en la depresión son una consecuencia de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales (Van de Velde et al., 2010). Algunas teorías se han centrado en los factores sociales relacionados con la función y la condición de la mujer en la sociedad y en particular las diferencias biológicas, aunque la explicación no está clara (Nolen-Hoeksema, 2001). Además, se ha especulado que las mujeres son más propensas a buscar ayuda y reconocer los síntomas, mientras que los hombres muestran una tendencia a presentar bajos niveles de depresión (Nolen-Hoeksema, 2001). Piccinelli y Wilkison (2000) analizan varios estudios sobre correlatos de la depresión y encuentran que la alteración del sueño y la ansiedad somática están sobrerrepresentados como síntomas depresivos en las mujeres en lugar de ser características del estado de ánimo. Es importante que investigaciones futuras examinen el sesgo de respuesta en relación con las diferencias de género y la depresión.

### Edad

El inicio de un trastorno depresivo puede comenzar a cualquier edad y los patrones de prevalencia de cada grupo de edad para hombres y mujeres son a menudo incompatibles. En la muestra de este estudio, una edad más joven se asoció significativamente con la depresión. A pesar de que existe consistencia con estudios anteriores con respecto a la edad de aparición, estos resultados apoyan la evidencia de una disminución de la edad en el último medio siglo (Hirschfeld y Weissman, 2002). Las tendencias recientes sugieren que la depresión es cada vez más común (o al menos diagnosticada con mayor frecuencia) en grupos de edad más jóvenes. En Irlanda, el 68% de los informes de salud emocional, psicológica y discapacidad mental muestra un grupo poblacional que está en edad laboral (grupo de edad 18-64 años; OSC Irlanda, 2008). Ello sugiere que la edad de inicio de los síntomas de depresión podría tener consecuencias en la prestación de servicios y en la prevención.

### Situación laboral

Los resultados de este estudio apoyan investigaciones anteriores que sugieren que el desempleo se asocia con altos índices de depresión entre adultos. Por ejemplo, en un meta-análisis llevado a cabo por Paul y Moser (2009) sobre los efectos del desempleo sobre las variables de salud mental, como la depresión, los resultados mostraron una diferencia



significativa en la depresión entre las personas que no estaban trabajando y las que sí. Recientes investigaciones llevadas a cabo en Estados Unidos sobre las tasas de desempleo y la depresión en adultos jóvenes recolectadas en el sistema “*Behavioral Risk Factor Surveillance*” (2010) (BRFSS) (Centers for Disease Control and Prevention, 2010) han encontrado resultados similares que sugieren que las personas que están desempleadas tienen tres veces más probabilidades de presentar síntomas de depresión en comparación con sus homólogos empleados (McGee y Thompson, 2015). Varias teorías se han ofrecido para explicar la relación entre el desempleo y la depresión, especulando que el estrés es una consecuencia de la privación del tiempo, el contacto social, metas colectivas, el estado y la actividad que se asocian con las necesidades psicológicas importantes (Paul y Moser, 2009).

### Estado civil

Los resultados del presente estudio sugieren que estar soltero o tener pareja en lugar de estar casado predice la depresión. Estos resultados son consistentes con estudios anteriores con respecto a la depresión y estado civil (Bulloch, Williams, Lavorato y Patten, 2009). Investigaciones previas sobre estado civil y salud mental han demostrado consistentemente que las personas casadas tienen una menor prevalencia de depresión que los no casados (Bulloch et al., 2009). Así mismo, las personas casadas tienen una mejor salud mental que las personas solteras que viven solas y las que viven con otras como amigos. Así mismo, los resultados de un estudio llevado a cabo en 23 países europeos mostró que las personas casadas reportan niveles más bajos de depresión que los que están divorciados, separados, viudos y solteros (Van de Velde et al., 2010). Con la reciente legalización del matrimonio entre personas del mismo sexo en Irlanda será interesante explorar este aspecto en el futuro. Este estudio no examinó el impacto de la orientación sexual en los síntomas de depresión.

### Diagnóstico previo de depresión

Los resultados muestran que un episodio previo de depresión se asocia significativamente con la gravedad de la depresión, lo cual es apoyado por la literatura (Solomon et al., 2000; Stegenga et al., 2013). Está ampliamente aceptado que la depresión es un trastorno altamente recurrente; diferentes informes estiman que al menos el 50% de las personas que se recuperan de un episodio inicial de depresión llegan a tener uno o más episodios adicionales en su vida (Judd et al., 2000; Solomon et al., 2008). Asimismo, varios estudios han estimado el porcentaje de recaída entre un 30% y un 50% (Judd et al., 2000; Solomon et al., 2008). La posibilidad de tener futuros episodios de depresión parece aumentar con episodios anteriores (Richards, 2011); aproximadamente el 80% de los que tienen una historia de dos episodios de depresión tienden a aumentar su recurrencia en el futuro. Diferentes factores han demostrado que aumentan la vulnerabilidad de un individuo a la recaída y recurrencia de episodios, entre los que destacan un historial de depresión, enfermedad psiquiátrica, calidad de la recuperación de un episodio previo, ser mujer, historia de de-

presión de la familia y cualquier pérdida reciente (Judd et al., 2000; Richards, 2011; Solomon et al., 2000, 2008). Otra investigación ha demostrado que pacientes con depresión y ansiedad comórbida que no toman su medicación tienen mayor riesgo de abandonar los estudios de los tratamientos (Lopes, Gonçalves, Sinaí y Machado, 2015).

### Recientes situaciones de estrés en la vida (familia, trabajo, pareja u otro)

Se encontró que factores recientes de estrés en la vida relacionados con el trabajo y dificultades en la relación con la familia y la pareja fueron significativamente predictivos de la severidad de la depresión. La asociación entre la depresión y los eventos vitales estresantes fue demostrada ampliamente (Mazure, 2006; Plieger, Melchers, Montag, Meermann y Reuter, 2015). A menudo se encuentra que las personas con depresión viven en entornos familiares muy estresantes caracterizados por discordias maritales y en ocasiones miembros de la familia con enfermedad mental (Hammen, 2003). En una revisión de la literatura, Burcusa y Iacono (2007) concluyeron que no había evidencia considerable para apoyar que los eventos estresantes de la vida en la edad adulta, tales como las demandas y los conflictos con los hijos, y las interacciones negativas con cónyuges, son significativos factores de riesgo para la depresión recurrente. También síntomas depresivos que se desarrollan en la adolescencia han demostrado tener un impacto considerable en la salud en la edad adulta (Cumsille, Martínez, Rodríguez y Darling, 2015). En esta investigación, también se encontró que el estrés laboral constituye un factor de riesgo independiente en la depresión, como había indicado Wang, Simon y Kessler (2003) en un estudio realizado con 6.663 trabajadores canadienses con edades comprendidas entre 18 y 64 años. Una revisión de los factores laborales y riesgo de depresión mostró resultados consistentes, en el que los factores adversos en el lugar de trabajo se asociaban con un riesgo elevado de presentar síntomas depresivos (Bonde, 2008). Otro estudio llevado a cabo en Australia con personal de apoyo con discapacidad también encontró que el estrés en el trabajo se asoció con mayores niveles de depresión (Mutkins, Brown y Thorsteinsson, 2011). Los factores vitales estresantes son múltiples, por lo tanto, es importante considerarlos de forma más detallada antes de establecer conclusiones definitivas. Los resultados de esta investigación apoyan la idea de que los factores vitales estresantes pueden tener un efecto perjudicial sobre la salud mental.

### Los factores no significativos

Algunos factores no fueron significativos en este estudio: nivel de estudios, situación laboral, ingreso anual, número de personas a cargo, pérdidas recientes, conocer a alguien que se haya suicidado, consumo de alcohol e historia familiar de depresión. Ello no coincide con algunas investigaciones previas, en las que se ha vinculado la depresión con estas variables (Barry et al., 2009; Bjelland et al., 2008; Kessler y Bromet, 2013; Lorant et al., 2003). Los resultados concuerdan con los del informe nacional irlandés, el cual reportó hallazgos consistentes con la literatura mundial en

relación con el estatus socioeconómico, que incluye el nivel de educación, y el empleo e ingresos, como predictores de la depresión en Irlanda (Barry et al., 2009). El hallazgo de este estudio frente al efecto de las dificultades financieras también es incompatible con investigaciones que muestran que las personas con deudas son tres veces más propensas a sufrir de depresión (Richardson, Elliott y Roberts, 2013). Es posible que factores específicos de la muestra actual, la cual se compone principalmente de personas con alta cualificación para el trabajo y personas con muy bajos recursos. Estos resultados pueden indicar un cambio en la función de los factores protectores de los estatus socioeconómicos más altos debido a la reciente recesión económica en Irlanda. Un estatus más alto ya no puede proteger de las dificultades económicas, que consistentemente se han reportado como un factor predictivo de la depresión (Bjelland et al., 2008; Chazelle et al., 2011); además, los individuos con mayores ingresos pueden no tener los recursos psicológicos para hacer frente a la adversidad económica (Fitch, Mamo y Campion, 2014; Mental Health Commission 2011). Los niveles de empleo y educación de alta calidad también se relacionan con nuevos factores de estrés asociados al trabajo o a las finanzas, que eran, de hecho, los principales factores de estrés reportados por la muestra actual. Si bien esto es especulativo, ello puede ser un área de investigación futura que permita profundizar y desarrollar mejores análisis frente a los factores que median los actuales problemas de salud mental y la depresión en Irlanda.

Por otra parte, este estudio sólo evaluó la frecuencia de consumo de alcohol y no los niveles de consumo, lo cual implica que no se estableció con precisión esta variable. El consumo de alcohol, así como los antecedentes familiares de suicidio siguen siendo tabú en Irlanda, lo que puede dar lugar a que los participantes no hayan notificado o no hayan sido conscientes de estos casos en su historia personal. Asimismo, otras variables adicionales no fueron investigadas en este estudio; por ejemplo, el apoyo social puede haber jugado un papel de amortiguación frente al impacto de eventos estresantes, como en el caso de pérdidas recientes.

### Fortalezas y limitaciones del estudio

El presente estudio tuvo un buen tamaño poblacional y es el primero en investigar los factores de riesgo asociados en personas que buscan tratamiento para la depresión en Irlanda. Las investigaciones sobre la prevalencia de la depresión y factores de riesgo en el contexto de Irlanda son escasas, por lo tanto, esta investigación hace una contribución para construir un perfil nacional. En particular, este estudio da una idea de las razones por las cuales la población podría estar buscando o necesita tratamiento. Asimismo, los factores identificados son útiles para los profesionales de la salud y permiten desarrollar un perfil del paciente y sus necesidades. Dicha información también es útil para los responsables de bienestar en diversas áreas de la vida de una persona, tales como las relaciones laborales y familiares. Adicionalmente, el conocimiento de estas variables también puede ayudar a desarrollar intervenciones que incluyan estos factores para los irlandeses que buscan tratamiento. Sin embargo, se debe tener cuidado en la

generalización de los resultados, ya que la muestra podría haber sido afectada por el sesgo de autoselección y diferencias de género que no son totalmente representativos en la población irlandesa. También es importante considerar que se trata de una muestra en búsqueda de tratamiento y, por tanto, no puede ser representativa de la población general. Además, algunas variables predictoras de la depresión también pueden no haber sido captadas; por ejemplo, otros estudios han observado diferencias en las tasas de prevalencia entre las comunidades urbanas y rurales, los niveles de apoyo social y tipo de empleo. Una limitación de este estudio es que no incluyó un diagnóstico oficial de los participantes. Los niveles de depresión y factores de riesgo asociados fueron auto-reportados por los participantes, que pueden incurrir en algún recuerdo y sesgo al autoinformar. Otra limitación de este estudio es que se trata de un diseño de estudio transversal que limita la determinación de la relación temporal entre las variables independientes estudiadas y la depresión para establecer una relación causal efecto.

### Impacto

Los datos de la presente investigación se recopilaron como parte del reclutamiento para un ensayo aleatorio controlado para acceder a una intervención para la depresión asistida por Internet. La respuesta de la población frente a la invitación para participar fue alta, lo cual confirma la necesidad y la demanda de servicios. Dados los altos niveles de síntomas depresivos en la comunidad, el estudio demuestra potencial para llevar a cabo intervenciones asistidas por Internet con el fin de llegar a zonas donde el acceso y los servicios son limitados (Richards et al., 2015). Por último, la comprensión de los factores que pueden aumentar la vulnerabilidad a la depresión podrían influir en el desarrollo de las intervenciones psicológicas para que sean más específicas y eficaces.

### Conclusiones

Los resultados demuestran una alta prevalencia de la depresión en una muestra específica. Varios factores están asociados de forma significativa con una mayor gravedad de la depresión: ser mujer, ser joven, desempleado, estar soltero, tener diagnóstico previo de depresión, y tener experiencias de estrés recientes en la familia, en el trabajo, la pareja y otras tensiones de la vida. Esta investigación muestra que la gravedad de la depresión es similar a la de otros estudios reportados en la población general de adultos en Irlanda y en el mundo (Richards, 2011; Tedstone-Doherty et al., 2008). Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de la evaluación e intervención clínica en un contexto donde la mayoría de las personas afectadas no tienen diagnóstico médico ni reciben tratamiento. Además, un gran porcentaje de las personas con problemas de salud mental en Irlanda no acceden o no pueden acceder a los servicios que requieren (Health Service Executive, 2013). En el contexto en el que se recogieron los datos hay necesidad de búsqueda de ayuda, intervención y posibilidad de ampliar el acceso a través del uso de Internet basado en tratamientos

empíricamente validados. Este tipo de intervenciones asistidas por Internet pueden tener un papel relevante en diferentes etapas del tratamiento, tales como la prevención, intervención y mantenimiento en los diferentes grupos diurnos.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text Revision* (4ª ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrews, G., Sanderson, K., Slade, T. y Issakidis, C. (2000). Why does the burden of disease persist? Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 446-454.
- Ayuso-Mateos, J. L., Vazquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P., Wilkinson, C., Lasa, L., Page, H., Dunn, G., Wilkinson, G. y ODIN Group (2001). Depressive disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 179, 308-316. doi:10.1192/bjp.179.4.308
- Barry, M. M., Van Lente, E., Molcho, M., Morgan, K., McGee, H., Conroy, R.M., Watson, D., Shelley, E. y Perry, I. (2009). *SLAN 2007: Survey of Lifestyle, Attitudes and Nutrition in Ireland. Mental Health and Social Well-being Report*. Dublin: Department of Health and Children Retrieved from <http://hdl.handle.net/10379/4731>.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the BDI-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A.A., Tell, G.S. y Tambs, K. (2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Social Science y Medicine*, 66, 1334-45. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.12.019
- Bonde, J. P. E. (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: A systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and Environmental Medicine*, 65, 438-445. doi: 10.1136/oem.2007.038430
- Brossart, D. F., Wendel, M. L., Elliott, T. R., Cook, H. E., Castillo, L. G. y Burdine, J. N. (2013). Assessing depression in rural communities. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 252-263. doi: 10.1002/jclp.21949
- Bulloch, A. G., Williams, J. V., Lavorato, D. H. y Patten, S. B. (2009). The relationship between major depression and marital disruption is bidirectional. *Depression and Anxiety*, 26, 1172-1177. doi: 10.1002/da.20618
- Burcusa, S. L. y Iacono, W. G. (2007). Risk for recurrence in depression. *Clinical Psychology Review*, 27, 959-985. doi:10.1016/j.cpr.2007.02.005
- Centers for Disease Control and Prevention (2010). *Behavioral Risk Factor Surveillance System survey data*. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.
- Central Statistics Office [CSO] (2008). *National Disability Survey 2006: First Results*. Dublin: Stationary Office.
- Chazelle, E., Lemogne, C., Morgan, K., Kelleher, C.C., Chastang, J. y Niedhammer, I. (2011). Explanations of educational differences in major depression and generalised anxiety disorder in the Irish population. *Journal of Affective Disorders*, 134, 304-314. doi: 10.1016/j.jad.2011.05.049
- Cumsille, P., Martínez, M. L., Rodríguez, V. y Darling, N. (2015). Parental and individual predictors of trajectories of depressive symptoms in Chilean adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15, 208-216. doi: 10.1016/j.ijchp.2015.06.001
- Fitch, C., Mamo, M. y Champion, J. (2014). *Primary Care Guidance on Debt and Mental Health - 2014 update*. Londres: Royal College of General Practitioners y Royal College of Psychiatrists.
- Hammen, C. (2003). Interpersonal stress and depression in women. *Journal of Affective Disorders*, 74, 49-57. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00430-5
- Health Service Executive (2013). *Healthy Ireland: A framework for improved health and wellbeing 2013-2025*. Dublin: Health Service Executive.
- Hirschfeld R. M. A. y Weisman M. M. (2002). Risk factors for major depression and bipolar disorders. En K. L. Davis, D. Charney, J. T. Coyle y C. Nemeroff (Eds.), *Neuropsychopharmacology: The fifth generation of Progress* (pp. 1018-1021). Philadelphia, PA: American College of Neuropsychopharmacology.
- Hölzel, L., Härter, M., Reese, C. y Kriston, L. (2011). Risk factors for chronic depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 129, 1-13. doi: 10.1016/j.jad.2010.03.025
- Judd, L. L., Paulus, M. J., Schettler, P. J., Akiskal, H. S., Endicott, J., Leon, A. C., Maser, J.D., Muller, T., Solomon, D.A. y Keller, M. B. (2000). Does incomplete recovery from first lifetime major depressive episode herald a chronic course of illness? *American Journal of Psychiatry*, 157, 1501-1504. doi: 10.1176/appi.ajp.157.9.1501
- Kessler, R. C. (2005). Gender differences in major depression. In E. Frank (Ed.), *Gender and its effects on psychopathology*. Washington: American Psychiatric Press.
- Kessler, R. C. y Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119-138. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114409
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I. y Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 858-866.
- Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Sinai, D. y Machado, P. P. P. (2015). Predictors of dropout in a controlled clinical trial of psychotherapy for moderate depression. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15, 76-80. doi:10.1016/j.ijchp.2014.11.001
- Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P. y Anseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157, 98-112. doi: 10.1093/aje/kwf182
- Mazure, C. M. (2006). Life stressors as risk factors in depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 291-313. doi: 10.1111/j.1468-2850.1998.tb00151.x
- McGee, R. E. y Thompson, N. J. (2015). Unemployment and depression among emerging adults in 12 states, behavioral risk factor surveillance system, 2010. *Preventing Chronic Disease*, 12, E38. doi: 10.5888/pcd12.140451
- Mental Health Commission (2011). *The Human Cost: An overview of the evidence on economic adversity and mental health and recommendations for action*. Dublin: Mental Health Commission.
- Mohr, D. C., Ho, J., Duffecy, J., Baron, K. G., Lehman, K. A., Jin, L. y Reifler, D. (2010). Perceived barriers to psychological treatments and their relationship to depression. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 394-409. doi: 10.1002/jclp.20659
- Mutkins, E., Brown, R. F. y Thorsteinsson, E. B. (2011). Stress, depression, workplace and social support and burnout in intellectual disability support staff. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55, 500-510. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01406.x
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 173-176. doi: 10.1111/1467-8721.00142
- Paul, K. I. y Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74, 264-282. doi: 10.1016/j.jvb.2009.01.001
- Pérez-Wehbe, A. I., Perestelo-Pérez, L., Bethencourt-Pérez, J. M., Cuéllar-Pompa, L. y Peñate-Castro, W. (2014). Treatment-resistant depression: A systematic review of systematic reviews. *In-*



- ternational Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 145-153. doi:10.1016/s1697-2600(14)70048-1
- Piccinelli, M. y Wilkison, G., (2000). Gender differences in depression. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492. doi: 10.1192/bjp.177.6.486
- Plieger, T., Melchers, M., Montag, C., Meermann, R. y Reuter, M. (2015). Life stress as potential risk factor for depression and burnout. *Burnout Research*, 2, 19-24. doi: 10.1016/j.burn.2015.03.001
- Richards, D. (2011). Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clinical Psychology Review*, 31, 1117-1125. doi: 10.1016/j.cpr.2011.07.004
- Richards, D. y Salamanca-Sanabria, A. (2014). Point-prevalence of depression and associated risk factors. *The Journal of Psychology*, 148, 305-326. doi: 10.1080/00223980.2013.800831
- Richards, D., Timulak, L., Doherty, G., Sharry, J., Colla, A., Joyce, C. y Hayes, C. (2014). Internet-delivered treatment: Its potential as a low-intensity community intervention for adults with symptoms of depression: Protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 14, 1-11. doi: 10.1186/1471-244X-14-147
- Richards, D., Timulak, L., O'Brien, E., Hayes, C., Vigano, N., Sharry, J. y Doherty, G. (2015). A Randomized Controlled Trial of an internet-delivered treatment: Its potential as a low-intensity community intervention for adults with symptoms of depression. *Behaviour Research and Therapy*, 75, 20-31. doi: 10.1016/j.brat.2015.10.005
- Richardson, T., Elliott, P. y Roberts, R. (2013). The relationship between personal unsecured debt and mental and physical health: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33, 1148-1162. doi: 10.1016/j.cpr.2013.08.009
- Romans, S., Cohen, M. y Forte, T. (2011). Rates of depression and anxiety in urban and rural Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 567-575. doi: 10.1007/s00127-010-0222-2
- Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea, M. T., Coryell, W., Warshaw, M., Turvey, C., Maser, J.D. y Endicott, J. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 229-233. doi: 10.1176/appi.ajp.157.2.229
- Solomon, D. A., Leon, A. C., Coryell, W., Mueller, T. I., Posternak, M., Endicott, J. y Keller, M. B. (2008). Predicting recovery from episodes of major depression. *Journal of Affective Disorders*, 107, 285-291. doi: 10.1016/j.jad.2007.09.001
- Stegenga, B. T., Geerlings, M. I., Torres-González, F., Xavier, M., Švab, I., Penninx, B. W., Nazareth, I. y King, M. (2013). Risk factors for onset of multiple or long major depressive episodes versus single and short episodes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 1067-1075. doi: 10.1007/s00127-012-0626-2
- Tedstone-Doherty, D., Moran, R. y Kartalova-O'Doherty, Y. (2008). *Psychological Distress, Mental Health Problems and use of Health Services in Ireland. Health Research Board (HRB) Research Series 5*. Dublín: HRB.
- Van de Velde, S., Bracke, P. y Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science y Medicine*, 71, 305-313. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.03.035
- Wang, P. S., Simon, G. y Kessler, R. C. (2003). The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12, 22-33. doi: 10.1002/mpr.139.
- World Health Organization [WHO] (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Ginebra:: WHO.