
This is the **published version** of the article:

Tasa-Vinyals, Elisabet; Antoni Joan Arbós, Rosa Ma. Cribatge de simptomatologia depressiva en població universitària catalana : associació amb perfil de personalitat i branca de coneixement dels estudis cursats. 2013. 76 p.

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/128131>

under the terms of the  license

Elisabet Tasa-Vinyals

Directora: Dra. Rosa Maria Antonijoan-Arbós

**Cribatge de simptomatologia
depressiva en població universitària
catalana: associació amb perfil de
personalitat i branca de coneixement
dels estudis cursats**

Treball de Fi de Màster

Màster Oficial en Investigació Clínica Aplicada a les Ciències de la Salut

Curs 2012-13. Setembre 2013

2013. Facultat de Medicina. UD Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Barcelona, Catalunya.

elisabet.tasa@e-campus.uab.cat

**CERTIFICAT DEL DIRECTOR I/O TUTOR DEL TREBALL
DE FI DE MÀSTER RECERCA**

INVESTIGACIÓ CLÍNICA APLICADA A LES CIÈNCIES DE
LA SALUT

Nom i filiació del Director:

Dra. Rosa Maria Antonijoan Arbós

Professora del mòdul “Metodologia Bàsica en Investigació Clínica”

Màster Oficial en Investigació Clínica Aplicada a les Ciències de la Salut
UD Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Facultat de Medicina

Universitat Autònoma de Barcelona

FA CONSTAR

que el treball titulat **Cribatge de simptomatologia depressiva en població universitària catalana: associació amb perfil de personalitat i branca de coneixement dels estudis cursats** ha estat realitzat sota la meva direcció pel Sr/Sra **Elisabet Tasa Vinyals** trobant-se en condicions de poder ser presentat com a treball de recerca dins del mòdul “Treball de Fi de Màster”, corresponent al Màster Oficial “INVESTIGACIÓ CLÍNICA APLICADA A LES CIÈNCIES DE LA SALUT” a la convocatòria de **setembre** del **2013**.

Barcelona, 10 de setembre de 2013

Signatura del Director/a

ÍNDEX

1. Resum i paraules clau.....	4
2. <i>Abstract and keywords</i>	5
3. Introducció.....	6
4. Material i mètodes.....	12
4.1. Participants.....	12
4.2. Material i variables d'estudi	12
4.3. Procediment.....	15
4.4. Anàlisi estadística.....	16
5. Resultats.....	18
5.1. Característiques de la mostra.....	18
5.2. Condicions d'aplicació: proves de normalitat i homocedasticitat.....	20
5.3. Consideració de les variables gènere i edat.....	23
5.4. Estudi de les puntuacions BDI.....	25
5.5. Estudi de la relació entre personalitat i simptomatologia depressiva.....	29
5.6. Estudi dels factors de personalitat i la relació amb l'elecció de carrera universitària.....	34
6. Discussió.....	40
7. Conclusions.....	48
8. Agraïments.....	49
9. Conflicte d'interès.....	49
10. Referències.....	50
11. Annexes.....	53

RESUM:

Introducció: La simptomatologia depressiva és una problemàtica incapacitant i freqüent en la població dels països occidentalitzats, tot i que existeix notable disparitat entre les xifres aportades per diferents treballs. Al nostre entorn, a més, no ha estat estudiada en població universitària. La relació de la simptomatologia depressiva amb determinats trets de personalitat, fonamentalment el neuroticisme, ha estat reportada àmpliament en la literatura; tanmateix, no existeixen estudis recents en el nostre entorn, i també hi ha incertesa en la relació entre personalitat i tipologia d'estudis universitaris.

Material i mètodes: Estudi descriptiu transversal amb una mostra de 156 estudiants de primer curs de les branques de coneixement d'enginyeries, humanitats, ciències socials i ciències de la salut de la Universitat Autònoma de Barcelona, els quals han estat avaluats amb el Beck Depression Inventory (BDI) i el test de personalitat NEO PI-R.

Resultats: Globalment, s'ha trobat una prevalença de puntuacions BDI iguals o superiors a 21 del 13,5% (IC: 8,91-19,77%). Per branques de coneixement, a les enginyeries és del 14,8% (IC: 5,30-33,10%), a les humanitats un 23,3% (IC: 11,52-41,20%), a les ciències socials un 13,7% (IC: 6,50-26,03%) i a les ciències de la salut un 6,3% (IC: 1,51-17,47%). La puntuació mitjana obtinguda pels subjectes a l'inventari ha estat de 9,34 (IC: 8,21-10,47). Alguns factors de personalitat del NEO-PI-R correlacionen significativament amb la simptomatologia depressiva, i el tret responsabilitat difereix significativament entre els estudiants d'humanitats i de les altres branques de coneixement.

Conclusions: La presència i gravetat de simptomatologia depressiva en estudiants universitaris difereix entre l'alumnat de les diferents branques de coneixement. No s'han trobat diferències significatives en simptomatologia depressiva per gènere o edat. La simptomatologia depressiva es relaciona directament amb el tret de personalitat neuroticisme i inversament amb els trets extraversió i amabilitat. Els estudiants d'humanitats puntuen significativament per sota de la resta en responsabilitat.

PARAULES CLAU: Simptomatologia depressiva. Cribatge. Població universitària catalana. Personalitat.

SCREENING FOR DEPRESSIVE SYMPTOMS IN CATALAN UNIVERSITY POPULATION: ASSOCIATION WITH PERSONALITY PROFILE AND BRANCH OF KNOWLEDGE OF STUDIES

ABSTRACT:

Introduction: *Depressive symptoms are a common and disabling problem in the population of westernized countries, although there is considerable disparity between the figures provided by different works. In our environment, moreover, university population has not been studied. The relationship of depressive symptoms with certain personality traits, neuroticism, basically, has been widely reported in the literature, however, there are not recent studies in our environment and there is uncertainty about the potential relationship between personality and type of university studies.*

Methods: *Cross-sectional study with a sample of 156 first-year students in the areas of engineering, humanities, social sciences and health sciences at the Universitat Autònoma de Barcelona (Autonomous University of Barcelona), who have been assessed with Beck Depression Inventory (BDI) and the personality test NEO PI-R.*

Results: *Overall, we found a prevalence of 13.5% (CI: 8.91 to 19.77%) in BDI scores of 21 or above. By areas of knowledge: Engineering was 14.8% (CI: 5.30 to 33.10%), humanities 23.3% (CI 11.52 to 41.20%), social sciences, 13.7% (CI: 6.50 to 26.03%), and health sciences 6.3% (CI: 1.51 to 17.47%). The mean score for subjects in the inventory was 9.34 (CI 8.21 to 10.47). Some personality factors correlated significantly with depressive symptoms, and the conscientiousness trait differs significantly between humanities' students and those of other areas of knowledge.*

Conclusions: *The presence and severity of depressive symptoms in college students differs between students of different areas of knowledge. No significant differences were found in depressive symptoms by gender or age. The depressive symptoms are directly related to the neuroticism personality trait and inversely related with extraversion and agreeableness. Humanities' students scored significantly below the rest in conscientiousness trait.*

KEYWORDS: *Depressive symptoms. Screening. Catalan university population. Personality.*

3. INTRODUCCIÓ

La Depressió Major (DM) és una patologia altament prevalent avui en dia. Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), la pateixen 350 milions de persones al món [1], la qual cosa suposa una prevalença mundial d'aproximadament el 5,83%. A més, degut a l'estigmatització de les patologies mentals, es calcula que vora un 10% d'aquests pacients no estan diagnosticats i tractats adequadament. Segons la mateixa font, un 5% de la població mundial ha patit un episodi depressiu en el darrer any. Pel que fa al suïcidi, la conseqüència més extrema de la DM, s'estima que al món se suïciden al voltant d'1 milió de persones cada any, tot i que cal anar en compte amb la interpretació d'aquesta xifra, ja que en molts països el suïcidi és un tema tabú i això fa que les estadístiques de mortalitat no el tractin correctament, englobant-lo sovint dins d'epígrafs com el de politraumatisme o el de mort violenta. De fet, l'OMS indica que actualment la depressió és la primera causa de discapacitat, entesa com a patiment per disminució de la qualitat de vida, al món. Així doncs, donades les elevades i creixents incidència i prevalença de la DM en els països occidentalitzats, entre els quals Catalunya no és pas excepció, és una necessitat destinar recursos investigadors a l'estudi de tots els aspectes relacionats amb aquesta malaltia, que com és sabut suposa perill per a la vida degut al risc augmentat de suïcidi, un important patiment per al pacient i els seus familiars i pèrdues econòmiques importants en concepte de baixes laborals i tractament farmacològic i psicològic, part de les quals assumeix l'Estat.

Des de fa dècades, s'han dut a terme nombrosos treballs per estudiar la prevalença de la DM en diferents entorns. Ja el 1993, la National Comorbidity Survey dels EUA va concloure que les dones tenen un risc 1,7 cops major de presentar algun episodi depressiu al llarg de la vida que els homes, i que aquesta diferència de gènere es posa de manifest a l'adolescència incipient i es manté fins, com a mínim, la meitat de la sisena dècada de vida [2]. Més recentment, als EUA s'ha trobat una prevalença del 6,6% de DM en els darrers 12 mesos, essent aquesta superior en les dones, els adults joves i les persones amb menor nivell educatiu [3]. El mateix estudi parla d'una prevalença de DM al llarg de la vida del 16,2%. Tanmateix, en grups específics de població, les xifres són diferents. Per exemple entre la gent gran, s'han trobat als EUA prevalences del 4,4% en dones i el 2,7% en homes, essent la diferència entre gèneres estadísticament significativa [4]. En canvi, a Mèxic, entre els ancians residents al seu domicili s'ha reportat una prevalença del 36,2% (43,2% entre les dones i 27,1% entre els homes) [5]. Les diferències entre els resultats d'aquests estudis s'expliquen probablement per l'ús de diferents instruments i criteris d'avaluació de la variable

principal, així com per altres possibles diferències metodològiques, especialment en la selecció de la mostra.

Les elevades xifres de prevalença de DM són, tanmateix, especialment alarmants en les persones joves per les conseqüències adaptatives i funcionals que caracteritzen el curs del trastorn i pel risc de suïcidi associat. Per això, és important l'estudi acurat de les dimensions d'aquesta problemàtica mitjançant estudis de cribatge en població jove universitària. En el cas de Catalunya, fins on s'ha pogut saber, no existeixen estudis publicats sobre el tema. Pel que fa a altres entorns, però, entre els estudiants de tercer curs de medicina d'una universitat privada de Lima (Perú) es va registrar una prevalença d'episodi depressiu del 3,79%, essent la prevalença en el grup dels nois del 0% [6]. En un altre estudi realitzat a Colòmbia es va trobar una prevalença d'ideació suïcida del 3,6-18% en estudiants universitaris de darrer curs, essent factors de risc per presentar-la el gènere femení, el fet d'estar sol/a durant 8 o més hores diàries i el fet d'haver patit una agressió sexual [7]. Tanmateix, tot i que el nostre estudi obtindrà de forma indirecta dades sobre ideació suïcida, no forma part dels seus objectius l'anàlisi d'aquesta. Un estudi realitzat al País Basc [8] va trobar, usant la Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) [9], una prevalença de depressió del 44,68% en joves en situació de desocupació, del 41,79% en estudiants i del 29,37% en joves empleats. Si aquest criteri es corregia prenent només la presència de símptomes de tres o més dies de durada, les prevalences disminuïen fins al 18,18%, 14,81% i 9,37% respectivament. Amb tot, les prevalences en el jovent són molt més altes que les comentades anteriorment per a la població general. Novament, s'observen majors prevalences entre les dones, especialment les adolescents-joves i les que es trobaven sense feina.

Finalment, i apropant-nos ja més al nostre entorn geogràfic, en un estudi realitzat en consultes d'atenció primària a Barcelona amb població adulta i usant el Beck Depression Inventory (BDI), es va trobar una prevalença del 20,2% de puntuacions superiors a 21 en l'esmentada escala (compatibles amb diagnòstic de DM), amb diferència significativa de gènere (8,1% en homes i 26,8% en dones) [10]. És a dir, la prevalença femenina superava el triple de la masculina en la mostra d'aquest estudi. D'aquest treball també es desprèn que les persones que puntuaven per damunt de 21 al BDI visitaven més sovint el/la metge/ssa i havien viscut més esdeveniments vitals estressants. Una altra dada rellevant d'aquest mateix estudi és que els/les metges/sses d'atenció primària només detecten la presència de simptomatologia depressiva en el 55,7% dels subjectes que puntuen en l'àrea de risc per patir una DM. En consonància amb això, una metaanàlisi recent [11] amb més de 50300 pacients

revela que els professionals de la medicina general identifiquen correctament la depressió en poc més del 47% dels casos. Sovint, a l'atenció primària s'utilitzen instruments molt breus per detectar la simptomatologia depressiva; aquestes eines han mostrat, segons una metaanàlisi de 22 estudis [12], una sensibilitat acceptable quan es tracta d'instruments de dues o tres preguntes com a mínim, mentre que no resulten adequats quan es basen en una única pregunta sobre l'estat d'ànim. Totes aquestes dades, sumades al fet que (com hem comentat abans) moltes persones són reticents a buscar ajuda degut a l'estigmatització que pesa sobre les patologies mentals, donen suport a la necessitat d'estudis de cribatge de simptomatologia depressiva en la població per tal de poder identificar precoçment el major número de casos possibles i poder-los tractar de manera apropiada.

Amb tot, i centrant-nos en l'entitat nosològica anomenada DM com a tal, l'existència d'uns criteris diagnòstics especificats en sistemes com DSM o ICD per tal de diagnosticar-la fa pensar que el nombre de persones diagnosticades de DM no es correspon amb el nombre total de persones que pateixen simptomatologia depressiva en un grau discapacitant, ja sigui perquè no han buscat ajuda professional, perquè estan diagnosticades d'alguna altra patologia o perquè no compleixen criteris clínics per ser diagnosticades de cap patologia en concret. En un estudi realitzat als Països Baixos es va trobar una prevalença de depressió major del 2,2%, mentre que un 12,9% de la mostra patia depressió menor, i en un 14,9% es va trobar un nivell clínicament rellevant de simptomatologia depressiva [13]. Aquestes dades posen de manifest la necessitat de considerar la presència de simptomatologia depressiva en un sentit més ampli si volem acostar-nos raonablement a les dimensions reals de la problemàtica. En altres ocasions, la presència de comorbilitats poden retardar o impedir dilucidar el diagnòstic de DM, com succeeix per exemple quan existeix un quadre ansiosodepressiu o quan existeix un diagnòstic en el pla orgànic que pot sobreposar-se o dificultar fins a cert punt el discerniment de la DM.

Per tot això, i en consonància amb la tendència existent des de fa un temps en salut mental que proposa l'aproximació progressiva a sistemes de treball més dimensionals que no pas categorials, parlar de simptomatologia depressiva permet referir-se a una realitat més àmplia i més interessant des del punt de vista de la prevenció i del tractament precoç, que permet millorar el pronòstic. Amb tot, des de fa dècades existeix evidència que la presència de simptomatologia depressiva és, efectivament, un factor predisponent per al debut d'un primer episodi de depressió major clínicament diagnosticable [14]. Alguns estudis han demostrat que els pacients amb simptomatologia depressiva per sota el llindar que permet el diagnòstic de depressió

major estan infratractats en relació a aquests darrers en els consultoris de medicina general, però aparentment no quan consulten a especialistes en salut mental [15].

Un dels instruments més àmpliament coneguts, validats i usats en el cribatge de simptomatologia depressiva, tant en la clínica com en la investigació, és el BDI [16]. Ha estat adaptat al castellà per Conde i Useros [17]. Dins les escales disponibles per avaluar la depressió, és la que major percentatge d'ítems cognitius presenta i es caracteritza també per l'absència d'ítems referents a símptomes motors i ansietat, per la qual cosa pot distingir entre depressió i ansietat.

Els estudis apunten, d'altra banda, que determinades característiques de personalitat constitueixen factors de risc per a la DM, i és per això que en el present treball inclou l'avaluació de la personalitat amb l'objectiu d'estudiar si les associacions amb trets de personalitat són les esperades i observades en altres poblacions. Una metaanàlisi recentment publicada usant el NEO Personality Inventory Revised (NEO PI-R) [18] ha posat de manifest que totes les psicopatologies estudiades es relacionen amb puntuacions elevades en neuroticisme i baixes en responsabilitat. Perfils tendents a la introversió es relacionen específicament amb trastorns de l'espectre depressiu-distímic, mentre que els dos factors de personalitat restants del NEO PI-R, obertura a l'experiència i amabilitat, no es relacionen de forma consistent amb cap psicopatologia. Sembla ser, emperò, que l'efecte patoplàstic de la personalitat en la psicopatologia és, de fet, bidireccional; és a dir, que malgrat que és cert que determinats trets de personalitat són factors de risc per desenvolupar psicopatologia, també el fet de patir una psicopatologia pot modificar l'aparença, presentació i percepció de la personalitat [19]. En referència específicament a la depressió, s'ha observat, com hem apuntat anteriorment, que es relaciona amb nivells elevats de neuroticisme i baixos de responsabilitat. A més, alguns estudis han trobat també relació amb puntuacions baixes en el factor obertura a l'experiència [20].

A més, el present projecte es proposa analitzar les possibles associacions entre les branques de coneixement a les quals pertanyen les titulacions universitàries que estudien els subjectes i la prevalença de DM, i el possible efecte indirecte dels trets de personalitat. S'han publicat nombrosos treballs sobre l'elecció d'estudis universitaris, que parlen sobretot de la influència de família, professorat i dels rols de gènere encara vigents a la societat [21, 22]; no obstant, no s'ha pogut trobar suficient literatura que reveli diferències significatives en el perfil de personalitat de l'alumnat que es decanta per estudis universitaris de diferents branques de coneixement, malgrat que hi ha estudis que relacionen certes característiques de personalitat amb determinats estils

d'elecció de carrera, com poden ser la cerca d'informació sobre les sortides professionals o l'autoconeixement i la consciència dels propis talents i limitacions [23]. Tanmateix, algun estudi publicat recentment assenyala que l'elecció de carrera no estaria relacionada amb el perfil de personalitat [24], però és necessària més evidència al respecte. S'ha pogut localitzar un Treball de Fi de Grau realitzat a la Universidad Francisco Gavidia d'El Salvador, plantejat en termes similars al nostre pel que fa a l'estudi de la personalitat i les titulacions universitàries, que no va trobar diferències significatives en la majoria dels factors del NEO-FFI entre 772 estudiants de les facultats de ciències econòmiques, ciències socials i enginyeria i arquitectura de l'esmentada alma mater; tanmateix, va reportar una única diferència, per la qual els estudiants d'enginyeria puntuaven significativament més alt en la dimensió amabilitat. L'estudi assenyala també diferències en les puntuacions de neuroticisme i extraversió, tot i que no les estudia en profunditat. Un primer examen d'aquest treball, emperò, posa de manifest algunes mancances metodològiques a l'hora de realitzar l'anàlisi estadística en profunditat de les dades, que fan que els resultats s'hagin de prendre amb cautela [25].

Justificació de l'estudi

Amb el disseny del present treball es podrà realitzar una primera aproximació a les dimensions i característiques distributives d'aquesta preocupant situació (pre)clínica que és la presència de simptomatologia depressiva entre la població jove; i, particularment, entre l'estudiantat de primer curs de la nostra universitat. El coneixement d'aquesta realitat permetrà disposar d'un marc descriptiu adient per tal de posar en marxa, d'una banda, més recerca al respecte, i per l'altra, considerar la necessitat d'emprendre accions en termes de prevenció primària o secundària. En un segon terme, l'obtenció d'informació sobre la possible relació entre característiques de personalitat i branca de coneixement dels estudis cursats és interessant en tant que permetrà obtenir una visió panoràmica sobre aquesta qüestió en una vessant purament psicològica, al marge de la clínica. El coneixement del perfil de personalitat predominant en els estudiants que es decanten per graus de les diferents branques de coneixement pot servir com a base per a potencials estudis de l'àmbit de les ciències de l'educació, com per exemple aquells que busquin optimitzar les estratègies educatives universitàries. El present treball pretén ser, doncs, una primera aproximació als temes de recerca plantejats atesa la manca de literatura científica existent al respecte en el nostre entorn particular. Les dades que se'n derivin s'han d'interpretar

per tant tenint en compte aquest objectiu, i han de servir de base per a futurs estudis més elaborats i de major abast en aquest àmbit.

Objectius del treball

Els objectius d'aquest projecte són els següents:

- 1) Dur a terme una avaluació de la prevalença de simptomatologia depressiva suggerent d'un possible diagnòstic de depressió major (DM) en població universitària catalana, concretament de la UAB.
- 2) Determinar si existeix algun tipus d'associació entre la simptomatologia depressiva, operativitzada com a puntuació obtinguda al BDI, i el perfil de personalitat i/o la branca de coneixement dels estudis cursats.
- 3) Estudiar les diferències de personalitat existents entre estudiants de primer curs de les diferents branques de coneixement en les quals s'estructuren els estudis impartits a la nostra universitat., concretament: enginyeries, humanitats, ciències socials i ciències de la salut.

Hipòtesis

Les troballes que esperem obtenir en el present projecte queden operativitzades en les tres hipòtesis que es presenten a continuació:

H1: *Es trobaran prevalences elevades de simptomatologia depressiva compatible amb DM en totes les titulacions estudiades.*

H2: *Hi haurà diferències en les prevalences esmentades en funció de la carrera cursada i/o el perfil de personalitat dominant.*

H3: *Hi haurà diferències en el perfil de personalitat predominant a cada carrera.*

4. MATERIAL I MÈTODES

4.1. PARTICIPANTS

La mostra està formada per 156 estudiants de primer curs de grau de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), de les titulacions de dret (51), infermeria (48), traducció i Interpretació (30) i gestió aeronàutica (27), escollits per mostreig no probabilístic. En el cas d'infermeria, atès que a la UAB s'imparteixen aquests estudis simultàniament en diferents centres, cal puntualitzar que es tracta d'estudiants de l'Escola Universitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, centre adscrit a la UAB. Aquestes quatre titulacions s'han escollit per ser cadascuna d'elles pertanyent a una de les quatre branques de coneixement que s'imparteixen a la UAB (ciències socials, ciències de la salut, humanitats i enginyeries, respectivament), segons consta a la pàgina web oficial de la universitat.

Només s'ha admès la participació d'estudiants de primer curs de grau per tal d'obtenir puntuacions en els cinc trets de personalitat del NEO PI-R atribuïbles al funcionament personal preuniversitari, és a dir, no influïdes o influïdes mínimament per la trajectòria acadèmica realitzada a la universitat. S'ha fet així atenent a l'objectiu d'estudiar quins factors de personalitat influeixen en l'elecció de carrera, i no a la inversa, és a dir, quins factors de personalitat poden resultar potenciats pel fet d'haver estudiat una determinada carrera.

4.2. MATERIAL I VARIABLES D'ESTUDI

S'ha subministrat a tots els participants el full de consentiment informat i, de forma separada per tal de mantenir-ne l'anonimat, un dossier de recollida de dades format per:

- **Full de dades bàsiques dels participants** (data actual, data de naixement, gènere, diagnòstic passat o present de DM especificant que havia de tractar-se d'un diagnòstic formal emès per un/a professional de la medicina o la psicologia, i consum actual de psicofàrmacs). En aquest full s'ha facilitat la direcció e-mail de la investigadora del projecte i s'ha demanat als participants que la conservessin per tal de poder contactar-hi si en algun moment ho desitgen.

D'aquest full de dades bàsiques s'han extret les variables sociodemogràfiques i clíniques següents:

- Número d'identificació
- Data de naixement → Edat
- Estudis (enginyeries, humanitats, ciències socials o ciències de la salut)
- Història de diagnòstic de DM
- Diagnòstic actual de DM
- Tractament actual amb psicofàrmacs i/o psicoteràpia

Pel que fa a aquesta darrera variable, atès que l'objectiu principal d'aquest estudi no és el de determinar amb exactitud els principis actius, tipus de psicoteràpies i posologia seguits pels subjectes en el moment present sinó únicament el d'oferir una panoràmica general sobre aquesta qüestió, s'ha tractat com a variable categòrica, comprnent les categories següents: antidepressius, ansiolítics, altres famílies psicofarmacològiques, teràpia psicològica i tractament combinat. Per incloure un participant en alguna de les famílies de tractaments anomenades fa un moment s'ha pres com a criteri l'administració actual de com a mínim un principi actiu pertanyent a la família farmacològica corresponent, i el seguiment d'algun tipus de psicoteràpia (independentment del tipus o la perspectiva teòrica del psicoterapeuta) en el cas del grup de teràpia psicològica. La categoria de tractament combinat s'ha definit com l'administració simultània de com a mínim un principi actiu de forma concomitant amb algun tipus de psicoteràpia. L'administració de preparats sense cap principi actiu (homeopàtics i similars) s'ha registrat dins la categoria d'altres famílies psicofarmacològiques amb l'objectiu que aquesta circumstància quedés registrada d'alguna manera als resultats.

- **Beck Depression Inventory, BDI-II** (versió de 21 ítems), amb les instruccions corresponents.

Existeixen dues versions de la prova, essent actualment la més usada el BDI-II (1996), que consisteix en una versió revisada del BDI-IA (1979). Aquesta versió ha estat adaptada i validada amb població universitària espanyola, obtenint alts valors consistència interna (0,89) i de validesa [26]. L'inventari, en la seva versió completa de 21 ítems, valora cadascun d'ells amb una puntuació oscil·lant entre 0 i 3, resultant en una puntuació final que pot traduir-se, de forma genèrica, a una determinada condició

clínica de presència i/o gravetat de simptomatologia depressiva, d'acord amb les taules que es poden consultar al manual de la prova i en la literatura [27, 28, 29]. Habitualment es classifiquen les puntuacions obtingudes pels subjectes en quatre categories atenent a la presència i intensitat de la simptomatologia depressiva: simptomatologia depressiva inexistent o mínima (puntuacions compreses entre 0-9), lleu (10-16), moderada (17-29) i greu (30-63). Amb tot, la versió de 21 ítems no té punts de tall oficialment establerts, malgrat que habitualment s'utilitzi el punt de tall 21 per definir la presència o no de simptomatologia depressiva en grau compatible amb la DM. La versió reduïda de 13 ítems, en canvi, sí que disposa de punts de tall definitoris dels quatre grups de gravetat indicats anteriorment. En el present treball s'ha treballat els punts de tall usats habitualment per a la versió completa, atenent al procedir de la majoria dels estudis similars publicats a la literatura i de l'estudi més proper geogràficament al nostre que s'ha referit anteriorment i en el qual es va usar el BDI, dut a terme en centres d'atenció primària a Barcelona, que va usar com a punt de tall el 21 [10].

D'aquesta prova s'ha extret la informació següent:

- Puntuació directa BDI → Gravetat de la simptomatologia depressiva i Puntuació compatible amb diagnòstic de DM (major o igual a 21)

- **NEO PI-R** (versió de 240 ítems), amb les instruccions corresponents.

En el present estudi s'ha usat la versió completa del NEO PI-R [30, 31], que permet l'obtenció dels cinc grans factors de personalitat (*Big Five*) i els trenta subfactors corresponents; tanmateix, només s'han tingut en compte els cinc factors, pel fet de tractar-se d'una variable secundària del projecte. El NEO PI-R és una prova de personalitat àmpliament utilitzada i validada des de la seva creació per Costa i McCrae. La prova permet la obtenció dels cinc factors de personalitat següents: neuroticisme, extraversió, obertura a l'experiència, amabilitat i responsabilitat. El primer de tots ells, el neuroticisme, és el factor de personalitat més universal i contraposa l'ajust i l'estabilitat emocional al desajust o neuroticisme. L'extraversió és el tret pel qual un individu és sociable, actiu i tendeix a buscar l'excitació i l'estimulació externa, mentre que la introversió caracteritza les persones reservades, independents i constants. El factor obertura a l'experiència, o simplement obertura, fa referència al gust per la sensibilitat estètica, l'atenció a la pròpia interioritat emocional, el gust per la varietat i la curiositat intel·lectual; és un factor poques vegades considerat en les proves de personalitat, i les persones que hi puntuen baix es caracteritzen per presentar trets oposats als que hem enumerat. L'amabilitat, igual que l'extraversió, fa

referència a les tendències interpersonal i s'associa amb la capacitat de simpatització amb el proïsme, la disposició a la col·laboració i a la prosocialitat; qui puntua baix sol ser una persona egocèntrica, malpensada respecte a les intencions dels altres i més oposicionista que col·laboradora. Per últim, la responsabilitat es refereix a aspectes com la decisió, l'autocontrol, el sentit crític, la pulcritud o la motivació envers l'èxit. Les puntuacions T obtingudes en aquesta prova es poden expressar en cinc categories: molt alta (puntuacions superiors a 65), alta (de 56 a 65), mitjana (de 46 a 55), baixa (de 36 a 45) i molt baixa (inferiors a 35).

D'aquest instrument psicomètric s'han extret les variables següents:

- Puntuació directa i relativa NEO PI-R factor N
- Puntuació directa i relativa NEO PI-R factor E
- Puntuació directa i relativa NEO PI-R factor O
- Puntuació directa i relativa NEO PI-R factor A
- Puntuació directa i relativa NEO PI-R factor R

No s'ha facilitat full de respostes per a cap de les dues proves psicomètriques, ja que per motius logístics la correcció s'ha realitzat de forma manual.

4.3. PROCEDIMENT

En primer lloc, s'ha contactat amb la direcció de cadascun dels centres participants presentant l'estudi i sol·licitant la col·laboració. En cas de rebre resposta favorable, s'ha procedit a demanar les dades de contacte del professorat d'assignatures de primer curs, als quals s'ha escrit per e-mail en termes similars als usats per contactar amb les direccions. En el cas de les facultats de dret, infermeria i gestió aeronàutica ha respost favorablement un/a únic/a professor/a, amb el qual es va acordar dia i hora per passar les proves als alumnes. En el cas de traducció i interpretació han estat dues professores les que han mostrat el desig de participar, i s'han passat les proves a ambdós grups d'estudiants. Degut a la considerable discrepància entre el nombre d'alumnes matriculats i el d'alumnes assistents, a les facultats de gestió aeronàutica i traducció i interpretació s'han administrat les proves durant dos dies, mentre que a dret i infermeria s'ha fet en un únic dia.

En els dies i hores acordats amb el professorat, no coincidents en cap cas amb època d'avaluacions i sempre dins del segon quadrimestre, la investigadora s'ha personat a l'aula a la qual el grup tenia classe. En tots els grups s'ha seguit la mateixa dinàmica. Primerament s'ha realitzat una breu presentació del projecte emfatitzant el caràcter voluntari i anònim de la participació, posteriorment s'ha repartit el material, i s'ha deixat que els estudiants responguessin sense límit de temps. Tot i que inicialment es va indicar una durada aproximada de 30-40 minuts per completar la participació, aquesta ha oscil·lat, a la pràctica, entre els 35 i els 50 minuts en els diferents grups. Mentre els estudiants realitzaven les proves, la investigadora ha estat present a l'aula per tal de resoldre els dubtes que es poguessin plantejar, que han estat sobretot de caire lingüístic per la presència d'alguns estudiants estrangers. A mesura que els alumnes finalitzaven, se'ls recollia al material i se'ls agràia la seva participació, tot recordant-los que en cas de tenir interès en conèixer-ne els resultats podien contactar amb la investigadora al correu electrònic que se'ls havia facilitat.

La correcció d'ambdues proves psicomètriques ha estat manual. Per tal d'evitar possibles errors humans, s'ha revisat la correcció de 20 exemplars del BDI i 20 del NEO PI-R a l'atzar (12,82% del total); únicament s'han detectat dos errors de transferència paper-suport informàtic, que han estat adequadament corregits. Atesa la proporció d'errors detectats en relació al nombre d'ítems totals revisats, s'ha considerat que el marge d'error humà existent és acceptable. Per al BDI s'ha obtingut la puntuació directa i per al NEO PI-R s'han obtingut la puntuació directa i la puntuació T.

4.4. ANÀLISI ESTADÍSTICA

Les dades obtingudes han estat analitzades amb el programari IBM SPSS Statistics 21 d'acord amb els càlculs estadístics previstos al projecte de recerca en atenció a la tipologia i interès de les variables, comptant amb l'assessorament de l'equip de bioestadística de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

A partir de les variables recollides, s'ha obtingut la descripció de la mostra pel que fa a les variables sociodemogràfiques registrades, així com les variables mesurades específicament en l'estudi (puntuació del BDI i puntuacions directes i T del NEO PI-R). Aquestes dades s'han obtingut de forma general i per titulacions. A continuació, s'ha realitzat la valoració de normalitat i homocedasticitat de les variables quantitatives a comparar en les diferents hipòtesis, per tal de decidir sobre l'adequació d'aplicar

proves paramètriques o no paramètriques. En cas d'obtenir, en aquests tests previs de condicions d'aplicació, resultats divergents entre les diferents variables a tenir en compte, es va considerar que seria el procedir més adequat realitzar tant les proves paramètriques com les no paramètriques, i analitzar els resultats tenint en compte ambdues. A més, donat que les variables gènere i edat no estan incloses a les hipòtesis i podrien actuar com a variables confusionals, s'ha comprovat la seva relació amb la puntuació obtinguda al BDI i amb els factors de personalitat. Fet això, s'han realitzat els tests estadístics oportuns per tal de verificar o refutar les hipòtesis de l'estudi:

- Relació entre titulació i puntuació BDI (ANOVA si paramètriques, Kruskal-Wallis si no paramètriques + post hoc en cas de revelar-se significació estadística)
- Relació entre puntuació BDI i puntuacions en els 5 factors NEOPI-R (coeficient de correlació de Pearson si paramètriques o de Spearman si no paramètriques)
- Relació entre titulació i puntuacions en els 5 factors NEOPI-R (ANOVA si paramètriques, Kruskal-Wallis si no paramètriques + post hoc en cas de revelar-se significació estadística)

5. RESULTATS

5.1. CARACTERÍSTIQUES DE LA MOSTRA

La distribució de la mostra pel que fa a les característiques bàsiques (edat, gènere, estudis, presència de DM actual diagnosticada, història de DM diagnosticada i tractament actual amb psicofàrmacs i/o psicoteràpia) pot consultar-se a la Taula 1.

Taula 1. Característiques sociodemogràfiques de la mostra

	Total	Enginyeries	Humanitats	Ciències socials	Ciències de la salut	
N	156 (100%)	27 (17,3%)	30 (19,2%)	51 (32,7%)	48 (30,8%)	
Edat (anys)						
	<i>Mitjana</i>	20,26	20,10	19,95	19,79	21,06
	<i>Desviació típica</i>	2,802	2,75	1,52	2,24	3,74
Gènere (n, %)						
	<i>Dones</i>	118 (75,6%)	14 (51,9%)	27 (90%)	34 (66,7%)	43 (89,6%)
	<i>Homes</i>	38 (24,4%)	13 (48,1%)	3 (10%)	17 (33,3%)	5 (10,4%)
DM actual (n, %)						
	<i>Sí</i>	2 (1,3%)	0 (0%)	1 (3,3%)	1 (2%)	0 (0%)
	<i>No</i>	154 (98,7%)	27 (100%)	29 (96,7%)	50 (98%)	48 (100%)
Història de DM (n, %)						
	<i>Sí</i>	4 (2,6%)	0 (0%)	1 (3,3%)	1 (2%)	2 (4,2%)
	<i>No</i>	152 (97,4%)	27 (100%)	29 (96,7%)	50 (98%)	46 (95,8%)
Tractament (n, %)						
	<i>Antidepressius</i>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	<i>Ansolítics</i>	1 (0,6%)	1 (3,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	<i>Psicoteràpia</i>	1 (0,6%)	0 (0%)	1 (3,3%)	0 (0%)	0 (0%)
	<i>Tractament combinat</i>	1 (0,6%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	0 (0%)
	<i>Altres</i>	1 (0,6%)	0 (0%)	1 (3,3%)	0 (0%)	0 (0%)
	<i>No</i>	152 (97,4%)	26 (96,3%)	28 (93,3%)	50 (98%)	48 (100%)

Malgrat tractar-se de grups de matrícula de tamanys similars, la desigual assistència a classe i la realització de docència en grups partits en alguns casos ha causat que existeixi una diferència considerable en el nombre de participants de cadascuna de les branques de coneixement. Ciències socials i de la salut aporten una cinquantena de subjectes cadascuna, mentre que a una certa distància de situen enginyeries i ciències socials, que ronden la trentena de participants cadascuna.

Pel que fa al gènere, només una quarta part (24,4%) de la mostra total són homes; per branques d'estudis, a les enginyeries el repartiment és pràcticament paritari, mentre que a humanitats i ciències de la salut vora un 90% de l'estudiantat són dones, i a ciències socials la representació femenina arriba a les dues terceres parts. Així doncs, les titulacions més feminitzades són les de ciències de la salut i humanitats, seguides de les ciències socials i, finalment, les enginyeries, en les quals la representació per gèneres és propera al 50-50%, almenys en la titulació considerada en el present treball.

Respecte al diagnòstic actual o passat de DM, actualment 2 estudiants de la mostra (1,3%, IC 0,05-4,85%) es troben diagnosticats mèdica o psicològicament d'aquesta patologia, mentre que el doble (4 estudiants, 2,6%, IC 0,78-6,63%) manifesten tenir una història personal d'almenys un diagnòstic. Els 2 estudiants esmentats en primer lloc són d'humanitats i ciències socials, mentre que els 4 subjectes amb història de DM són 2 alumnes de ciències de la salut, 1 d'humanitats i 1 de ciències socials. No s'ha detectat, per tant, cap subjecte que hagi patit o pateixi DM diagnosticada professionalment entre els participants de la branca de les enginyeries.

La immensa majoria de la mostra (97,4%) no ha referit estar seguint cap tipus de tractament, mentre que s'ha trobat 1 estudiant (0,6%, IC 0,02-3,52%) que utilitza actualment cadascun dels tipus de terapèutica considerats: ansiolítics, psicoteràpia, altres tractaments farmacològics i tractament combinat psicofarmacològic-psicoterapèutic. Cap dels participants ha manifestat prendre únicament fàrmacs antidepressius. Per branques de coneixement, a les enginyeries s'ha trobat un 3,7% d'estudiants consumint ansiolítics, però cal remarcar que aquest percentatge es refereix a un sol estudiant; el mateix succeeix a les humanitats, amb un 3,3% que segueixen psicoteràpia i un altre 3,3% al grup d'altres tractaments. A les ciències socials un 2%, també un únic estudiant, segueix tractament, en aquest cas combinació de psicofàrmacs i psicoteràpia. Finalment, entre els estudiants de ciències de la salut no s'ha detectat cap estudiant en tractament actualment.

A la Taula 2 es pot consultar la descripció de la mostra atenent a les variables d'estudi (BDI i els 5 factors del NEO PI-R).

Taula 2. Descripció de la mostra en les variables BDI i els 5 factors del NEO PI-R

			Estadístic	Error típ.
Puntuació BDI	Mitjana		9,34	,574
	Interval de confiança 95%	Límit inferior	8,21	
		Límit superior	10,47	
	Desv. típ.		7,167	
	Mínim		0	
	Màxim		30	
Neuroticisme PT	Mitjana		63,35	,883
	Interval de confiança 95%	Límit inferior	61,60	
		Límit superior	65,09	
Extraversió PT	Mitjana		47,06	,922
	Interval de confiança 95%	Límit inferior	45,24	
		Límit superior	48,89	
Obertura a l'experiència PT	Mitjana		47,68	,926
	Interval de confiança 95%	Límit inferior	45,85	
		Límit superior	49,51	
Amabilitat PT	Mitjana		37,69	,849
	Interval de confiança 95%	Límit inferior	36,01	
		Límit superior	39,37	
Responsabilitat PT	Mitjana		36,40	1,081
	Interval de confiança 95%	Límit inferior	34,27	
		Límit superior	38,54	

5.2. CONDICIONS D'APLICACIÓ: PROVES DE NORMALITAT I HOMOCEDASTICITAT

S'ha realitzat la prova de Kolmogórov-Smirnov per avaluar la bondat d'ajustament de cadascuna de les variables quantitatives recollides a la distribució normal. Els resultats es presenten a la Taula 3. Com es pot veure, es detecta que les variables edat i puntuació del BDI no segueixen una distribució normal, mentre que els cinc factors de personalitat, com era esperable, sí que ho fan. La variable edat presenta casos extrems mentre que pel que fa a la puntuació BDI no se'n detecten.

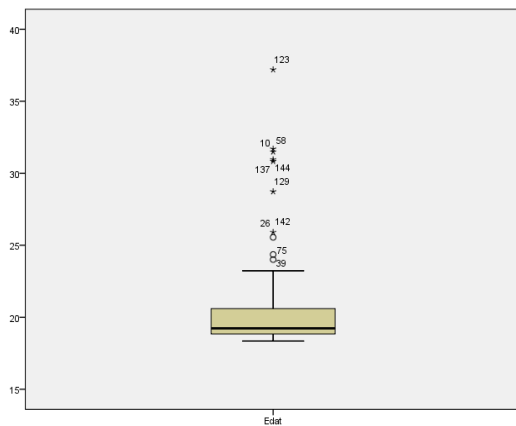
Taula 3. Resultats de la prova de Kolmogórov-Smirnov

Prova de Kolmogorov-Smirnov per a una mostra								
		Edat	Puntuació BDI	Neuroticisme PT	Extraversió PT	Obertura PT	Amabilitat PT	Responsabilitat PT
N		156	156	156	156	156	156	156
Paràmetres normals ^{a, b}								
	Mitjana	20,26	9,34	63,35	47,06	47,68	37,69	36,40
	Desviació típica	2,802	7,167	11,024	11,516	11,565	10,607	13,502
Diferències més extremes	Absoluta	,247	,141	,051	,083	,066	,082	,050
	Positiva	,238	,141	,051	,040	,066	,076	,031
	Negativa	-,247	-,096	-,039	-,083	-,061	-,082	-,050
Z de Kolmogorov-Smirnov		3,085	1,758	,643	1,031	,828	1,025	,623
Sig. asimptòt. (bilateral)		,000	,004	,803	,238	,499	,244	,832

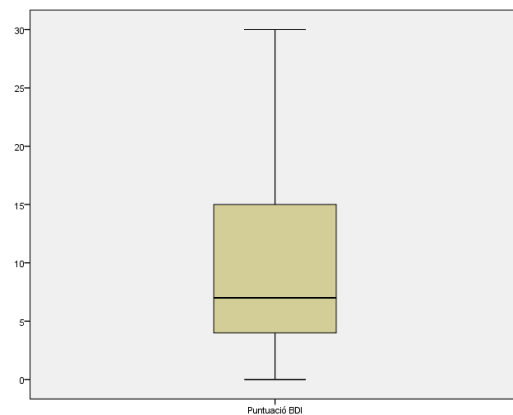
a. La distribució de contrast és la normal.
b. S'han calculat a partir de les dades.

Es presenten a continuació els gràfics (1-7) corresponents per tal d'avaluar-ho visualment, essent aquests boxplots o histogrames en funció del que s'ha considerat que podia ser més plaent a la vista de la persona lectora.

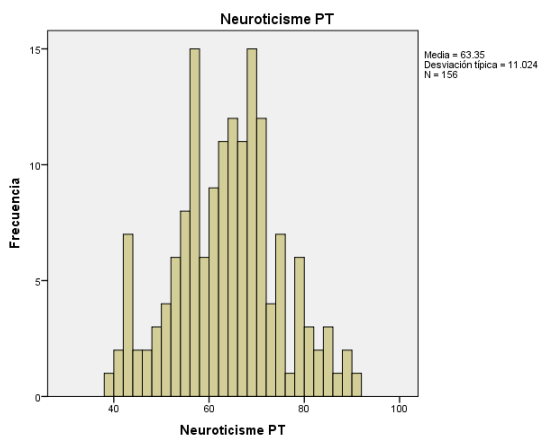
Gràfic 1. Boxplot de la variable edat



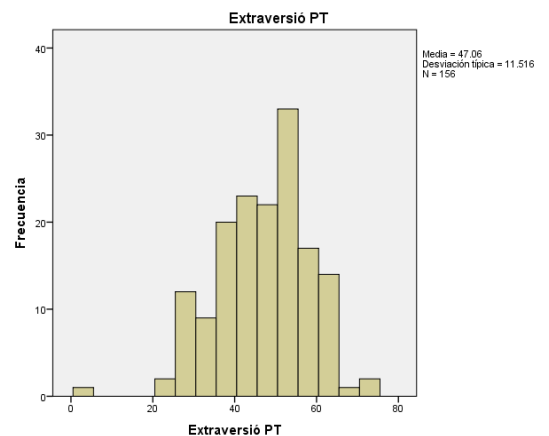
Gràfic 2. Boxplot de la variable puntuació BDI



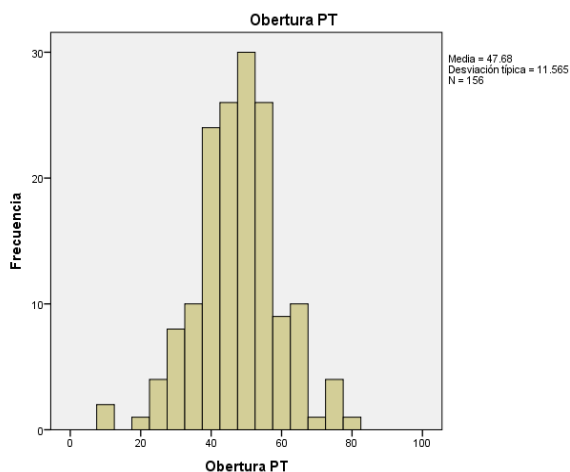
Gràfic 3. Histograma de la variable neuroticisme (puntuacions T)



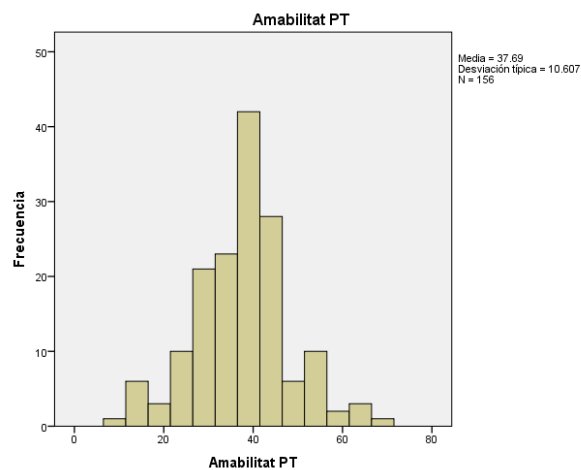
Gràfic 4. Histograma de la variable extraversió (puntuacions T)



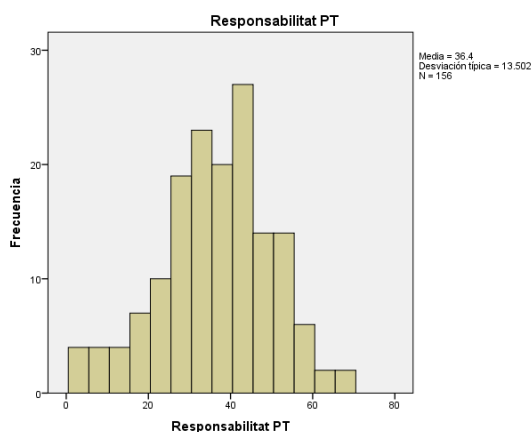
Gràfic 5. Histograma de la variable obertura a l'experiència (puntuacions T)



Gràfic 6. Histograma de la variable amabilitat (puntuacions T)



Gràfic 7. Histograma de la variable responsabilitat (puntuacions T)



Com es pot comprovar, els cinc factors de personalitat segueixen una distribució normal en el conjunt de la mostra. Destaca el fet que les puntuacions mitjanes dels factors amabilitat i responsabilitat se situen força per davall del 50, mentre que les de neuroticisme estan en tots els grups força per damunt. En particular, la mitjana mostral per al tret amabilitat és de 37,69 (SD=10,60), i per a la responsabilitat és de 36,4 (SD=14,50); aquestes puntuacions corresponen a la categoria de valors baixos, fregant el límit de la categoria de valors molt baixos, d'acord amb la classificació de puntuacions T en categories que s'adjunta al manual del NEO PI-R i a la qual hem fet referència anteriorment. Per contra, el factor neuroticisme té una mitjana de 63,35 (SD=11,02) a la mostra, que correspon a la categoria de valors alts, essent la de valors molt alts aquella que comprèn les puntuacions T superiors a 65. Podem dir, per

tant, que entre els estudiants de la UAB les puntuacions en amabilitat i responsabilitat són menors a les del barem espanyol, mentre que les puntuacions en neuroticisme són majors. Tanmateix, cal esmentar que el barem espanyol de la prova té en compte el gènere però no l'edat, de forma que no és possible obtenir la puntuació T de cada individu corregida per la seva edat.

També s'ha comprovat l'homocedasticitat com a condició prèvia a la comparació de les variables de simptomatologia depressiva i personalitat, mitjançant la prova de Levene.

Els resultats es presenten a continuació (Taula 4).

Taula 4. Prova de Levene per a la valoració de l'homocedasticitat

Prova d'homogeneïtat de variàncies				
	Estadístic de Levene	gl1	gl2	Sig.
Puntuació BDI	2,461	3	152	,065
Neuroticisme PT	1,411	3	152	,242
Extraversió PT	5,296	3	152	,002
Obertura PT	3,526	3	152	,016
Amabilitat PT	2,066	3	152	,107
Responsabilitat PT	2,832	3	152	,040

Atenent als resultats presentats en aquesta secció, es posa de manifest que no totes les variables compleixen condicions per a l'aplicació de proves paramètriques. Amb tot, en aquest apartat es realitzaran i comentaran en primer lloc les proves paramètriques i, posteriorment, les no paramètriques. Es farà d'aquesta manera perquè la major part de les variables segueixen una distribució normal, i els tests paramètrics presenten l'avantatge d'una major potència ($1-\beta$). Com sabem, en cas d'obtenir resultats concordants entre ambdós tipologies de tests estadístics, això confirma i avala la magnitud i el sentit de les relacions trobades, ja que les proves no paramètriques es caracteritzen per ser més conservadores.

5.3. CONSIDERACIÓ DE LES VARIABLES GÈNERE I EDAT

Dins d'aquest apartat s'ha cregut convenient incloure les comparacions en les variables d'estudi (puntuació BDI i factors de personalitat) entre gèneres, així com la correlació amb l'edat. S'ha fet així perquè aquestes dues variables podrien actuar com a factors de confusió en l'estudi. La comparació de puntuacions BDI i factors de

personalitat per gènere (prova de Levene) no ha revelat cap relació estadísticament significativa. Vegem la resta de resultats a les Taules 5, 6 i 7.

Taula 5. Puntuacions BDI i factors de personalitat per gènere

	Gènere	Mitjana	Desviació típ.
Puntuació BDI	Home	10,24	6,732
	Dona	9,05	7,305
Neuroticisme PT	Home	65,34	11,298
	Dona	62,70	10,905
Extraversió PT	Home	46,50	10,064
	Dona	47,25	11,980
Obertura PT	Home	50,13	12,079
	Dona	46,89	11,335
Amabilitat PT	Home	39,89	11,150
	Dona	36,98	10,376
Responsabilitat PT	Home	37,34	12,039
	Dona	36,10	13,975

Taula 6. Correlació de Pearson per a puntuacions BDI i factors de personalitat amb edat

		Correlacions					
		Punt. BDI	Neurot. PT	Extr. PT	Obertura PT	Amabilitat PT	Respons. PT
Edat	Correlación de Pearson	-,011	-,166*	-,083	,069	-,076	,072
	Sig. (bilateral)	,888	,039	,303	,391	,347	,372

Taula 7. Correlació de Spearman per a puntuacions BDI i factors de personalitat amb l'edat

			Correlacions					
			Punt. BDI	Neurot. PT	Extraversió PT	Obertura PT	Amabilitat PT	Respons. PT
Corr. Spearman	Edat	Coeficient de correlació	-,036	-,167*	-,122	,057	,015	,015
		Sig. (bilateral)	,656	,038	,130	,476	,854	,854

En cap de les variables hi ha diferències significatives en funció del gènere, i es detecta una única correlació significativa, tant amb Pearson (Taula 6) com amb Spearman (Taula 7), entre l'edat i el factor neuroticisme ($p=0,039$ i $p=0,038$, a ambdues proves respectivament). Els subjectes de més edat tendeixen a obtenir puntuacions menors en la variable neuroticisme.

5.4. ESTUDI DE LES PUNTUACIONS BDI

Per a l'anàlisi d'aquestes puntuacions, s'ha considerat la informació obtinguda del BDI en forma quantitativa, ordinal en categories (d'acord amb l'ordenació exposada anteriorment) i dicotòmica a partir del punt de tall 21.

Com hem apuntat (veure Taula 2), la puntuació mitjana al BDI dels subjectes és de 9,34 (IC: 8,21-10,47). La desviació típica (SD) és considerable, de 7,167 punts. El subjecte que obté menor puntuació té 0 i el que l'obté major, 30.

Taula 8. Descripció de la mostra pel que fa a la variable puntuació BDI en cadascuna de les branques de coneixement i total

		N	Mitjana	Desviació típica	Mín.	Màx.
Puntuació BDI	Enginyeries	27	11,04	6,705	0	25
	Humanitats	30	11,90	8,352	0	28
	Ciències socials	51	8,39	7,278	0	30
	Ciències de la salut	48	7,79	5,989	0	25
	Total	156	9,34	7,167	0	30

A la taula precedent s'inicia la comparació de puntuacions BDI entre els estudiants de les diferents branques de coneixement. Podem veure que les puntuacions obtingudes pels estudiants d'enginyeries i humanitats són més elevades que aquelles pertanyents als alumnes de ciències socials i de la salut.

Taula 9. ANOVA per a la comparació de puntuacions BDI entre les diferents branques de coneixement

ANOVA						
		Suma de quadrats	gl	Mitjana quadràtica	F	Sig.
Puntuació BDI	Inter-grups	435,257	3	145,086	2,930	,036
	Intra-grups	7525,736	152	49,511		
	Total	7960,994	155			

L'anàlisi ANOVA posa de manifest que les diferències observades i tot just fa un moment comentades són estadísticament significatives ($p=0,036$). A continuació, com hem indicat al començar, aplicarem la corresponent prova no paramètrica.

Taula 10. Prova de Kruskal-Wallis per a la comparació de puntuacions BDI entre les diferents branques de coneixement

Rangs		
Tipus d'estudis	N	Rang promig
Puntuació Enginyeries	27	91,22
BDI	Humanitats	92,25
	Ciències socials	71,69
	Ciències de la salut	69,99
Total	156	
Puntuació BDI		
Khi-quadrat		7,810
gl		3
Sig.		,050

El test de Kruskal-Wallis revela les mateixes diferències, en aquest cas expressades en rangs promitjos; el khi-quadrat posterior està al límit de la significació (khi-quadrat=7,81, $gl=3$, $p=0,05$). No obstant, per estudiar entre quins grups exactament existeixen les diferències significatives, es realitza la prova de Mann-Whitney, els resultats de la qual es presenten seguidament. Es presenten en forma de taula les comparacions en les quals es constata diferència estadísticament significativa.

Taula 11. Prova de Mann-Whitney entre enginyeries i ciències de la salut

Rango				
Tipus d'estudis	N	Rango promig	Suma de rangs	
Puntuació BDI	Enginyeries	27	45,13	1218,50
	Ciències de la salut	48	33,99	1631,50
Total		75		

Estadístics de contrast ^a	
	Puntuació BDI
U de Mann-Whitney	455,500
W de Wilcoxon	1631,500
Z	-2,129
Sig. (bilateral)	,033

a. Variable d'agrupació: Tipus d'estudis

Taula 12. Prova de Mann-Whitney entre humanitats i ciències de la salut

Rangs				
Tipus d'estudis	N	Rang promig	Suma de rangs	
Puntuació BDI	Humanitats	30	46,45	1393,50
	Ciències de la salut	48	35,16	1687,50
Total		78		

Estadístics de contrast ^a	
	Puntuació BDI
U de Mann-Whitney	511,500
W de Wilcoxon	1687,500
Z	-2,146
Sig. (bilateral)	,032

a. Variable d'agrupació: Tipus d'estudis

Resulten significatives les diferències existents entre humanitats i ciències de la salut ($p=0,032$) i enginyeries i ciències de la salut ($p=0,033$). Se situen properes a la significació estadística les observades entre humanitats i ciències socials ($P=0,068$) i entre enginyeries i ciències socials ($p=0,076$). Per contra, ciències socials i ciències de la salut són pràcticament idèntiques ($p=0,958$), i enginyeries i humanitats es revelen també molt similars ($p=0,779$).

Passem ara a examinar la relació entre el tipus d'estudis i la simptomatologia depressiva, el principal objectiu d'aquest treball, des de perspectives categòriques.

Taula 13. Subjectes que puntuen dins de cadascuna de les categories de gravetat de simptomatologia depressiva que es poden establir a partir de les puntuacions del BDI

		BDI categories			
		Inexistent	Lleu	Moderada	Greu
Tipus d'estudis	Enginyeries	13 48,1%	7 25,9%	7 25,9%	0 ,0%
	Humanitats	15 50,0%	4 13,3%	11 36,7%	0 ,0%
	Ciències socials	30 58,8%	14 27,5%	6 11,8%	1 2,0%
	Ciències de la salut	31 64,6%	13 27,1%	4 8,3%	0 ,0%
Total		89 57,1%	38 24,4%	28 17,9%	1 ,6%

Com veiem, a nivell global, el 42,9% (IC: 35,44-50,80%) presenta simptomatologia depressiva detectable: el 24,4% (IC: 18,26-31,69%) dels subjectes la presenten lleu, el 17,9% (IC: 11,9-24%) moderada i el 0,6% (IC: 0,02-3,5%) greu. Un únic subjecte se situa a la categoria de major gravetat, i es troba al grup de les ciències socials. Pel que fa a la categoria de simptomatologia inexistent, la distribució per branques de coneixement és similar a excepció de ciències de la salut i, en menor mesura, ciències socials, que hi acumulen un major percentatge d'estudiants. Al grup de simptomatologia lleu s'hi situa aproximadament una quarta part dels participants procedents de cadascuna de les branques de coneixement a excepció de les humanitats, que hi registren aproximadament la meitat d'alumnes. A la categoria de depressió moderada és on hi ha més disparitat, ja que a ciències de la salut només s'hi situa un 8,3% (IC: 2,76-20,08%), a ciències socials un xic més (11,8%, IC: 5,14-23,75%) i, a força distància, les humanitats (36,7%, IC: 21,81-54,55%) i les enginyeries (25,9%, IC: 12,92-44,93%). La prova de khi-quadrat de l'anterior taula de contingència no revela significació estadística, tot i que sí una certa tendència a aquesta ($p=0,079$).

Taula 14. Subjectes amb puntuació BDI igual o superior a 21 per branques de coneixement

		BDI diagnòstic	
		No	Sí
Tipus d'estudis	Enginyeries	23 85,2%	4 14,8%
	Humanitats	23 76,7%	7 23,3%
	Ciències socials	44 86,3%	7 13,7%
	Ciències de la salut	45 93,8%	3 6,3%
Total		135 86,5%	21 13,5%

Adoptant el punt de tall 21 per discernir de forma arbitrària la presència o no de puntuacions BDI preocupants enteses com a compatibles amb diagnòstic de DM i tributàries d'un estudi clínic més exhaustiu, la taula anterior revela que en total un 13,5% (IC: 8,91-19,77%) presenta en l'actualitat tals puntuacions. Per branques de coneixement, a les enginyeries trobem un 14,8% (IC: 5,30-33,10%), a les humanitats un 23,3% (IC: 11,52-41,20%), a les ciències socials un 13,7% (IC: 6,50-26,03%) i a les ciències de la salut un 6,3% (IC: 1,51-17,47%). Les diferències, tanmateix, no són significatives ($p=0,195$).

5.5. ESTUDI DE LA RELACIÓ ENTRE PERSONALITAT I SIMPTOMATOLOGIA DEPRESSIVA

En aquest apartat s'avalua la correlació entre les puntuacions obtingudes als factors de personalitat i al BDI. En primer lloc s'aplica la prova paramètrica i posteriorment la no paramètrica, atès que la variable BDI no presenta una distribució normal mentre que tots els factors de personalitat ho fan.

Taula 15. Correlació de Pearson entre la puntuació BDI i els 5 factors de personalitat

Correlacions

		Neuroticisme PT	Extraversió PT	Obertura PT	Amabilitat PT	Responsabilitat PT
Puntuació BDI	Correlació de Pearson	,584**	-,427**	-,196*	-,343**	-,151
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,014	,000	,061

** La correlació és significativa al nivell 0,01 (bilateral).

* La correlació és significante al nivell 0,05 (bilateral).

La puntuació obtinguda al BDI correlaciona significativament amb els trets següents: neuroticisme (directament proporcional, intensitat de relació moderada, $p < 0,0005$), extraversió (inversament proporcional, intensitat de relació moderada, $p < 0,0005$), obertura a l'experiència (inversament proporcional, intensitat de relació baixa, $p = 0,014$) i amabilitat (inversament proporcional, intensitat de relació baixa-moderada, $p < 0,0005$). És a dir, segons l'estadístic de Pearson, quasi tots els factors de personalitat estudiats tenen relació amb la simptomatologia depressiva. L'únic factor on no s'obté significació, responsabilitat, s'apropa al valor d' α ($p = 0,061$), assenyalant l'existència d'una tendència a la relació inversament proporcional i d'intensitat baixa, similar al factor obertura a l'experiència. Dit d'una altra manera, doncs, els estudiants que puntuen més alt al BDI obtenen puntuacions significativament més altes en neuroticisme i més baixes en extraversió, obertura a l'experiència i amabilitat. També tendeixen a obtenir puntuacions més baixes en responsabilitat, tot i que aquesta correlació no és estadísticament significativa.

Taula 16. Correlació de Spearman entre la puntuació BDI i els 5 factors de personalitat

Correlaciones			Puntuació BDI
Correlació de Spearman	Neuroticisme PT	Coeficient de correlació	,602**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	156
	Extraversió PT	Coeficient de correlació	-,413**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	156
	Obertura PT	Coeficient de correlació	-,126
		Sig. (bilateral)	,117
		N	156
Amabilitat PT	Coeficient de correlació	-,245**	
	Sig. (bilateral)	,002	
	N	156	
Responsabilitat PT	Coeficient de correlació	-,124	
	Sig. (bilateral)	,123	
	N	156	

** La correlació és significativa al nivell 0,01 (bilateral).

La prova no paramètrica confirma les troballes que acabem de comentar, excepte la correlació entre la puntuació BDI i el factor obertura a l'experiència, que resulta no significativa ($p=0,117$). La significació de la relació amb el tret responsabilitat perd la tendència a la significació que havíem observat anteriorment ($p=0,123$). Per contra, la correlació amb el neuroticisme segueix essent molt significativa ($p<0,0005$) i guanya intensitat, amb un coeficient de correlació de 0,602 (el més elevat observat en aquesta i l'anterior taules). Per tant, s'obtenen dades a favor de l'existència d'una relació directament proporcional i d'intensitat considerable entre la simptomatologia depressiva i el neuroticisme, una d'inversament proporcional i intensitat moderada amb l'extraversió i una també inversament proporcional i d'intensitat menor amb l'amabilitat. A partir de tot el que s'ha comentat fins ara, es proposa la construcció d'un model de regressió lineal per predir la puntuació BDI d'un individu a partir de variables de personalitat. Els resultats es presenten a continuació:

Taula 17. Coeficients dels models proposats, essent el model final el de 3 factors

Coeficients ^a						
Model		Coeficients no estandaritzats		Coeficients tipificats	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constant)	-14,693	2,735		-5,372	,000
	Neuroticisme PT	,379	,043	,584	8,918	,000
2	(Constant)	-6,624	3,362		-1,970	,051
	Neuroticisme PT	,350	,041	,539	8,446	,000
	Amabilitat PT	-,165	,043	-,244	-3,831	,000
3	(Constant)	,966	4,562		,212	,833
	Neuroticisme PT	,301	,046	,464	6,619	,000
	Amabilitat PT	-,153	,043	-,226	-3,573	,000
	Extraversió PT	-,106	,044	-,170	-2,417	,017

a. Variable dependent: Puntuació BDI

Taula 18. ANOVA dels tres models

ANOVA ^d						
Model		Suma de quadrats	gl	Mitjana quadràtica	F	Sig.
1	Regressió	2711,357	1	2711,357	79,539	,000 ^a
	Residual	5249,637	154	34,089		
	Total	7960,994	155			
2	Regressió	3170,874	2	1585,437	50,640	,000 ^b
	Residual	4790,120	153	31,308		
	Total	7960,994	155			
3	Regressió	3348,219	3	1116,073	36,777	,000 ^c
	Residual	4612,774	152	30,347		
	Total	7960,994	155			

a. Variables predictorres: (Constant), Neuroticisme PT

b. Variables predictorres: (Constant), Neuroticisme PT, Amabilitat PT

c. Variables predictorres: (Constant), Neuroticisme PT, Amabilitat PT, Extraversió PT

d. Variable dependent: Puntuació BDI

Taula 19. Resum dels models i coeficient de determinació

Resum del model				
Modeo	R	R quadrat	R quadrat corregida	Error típic de l'estimació
1	,584 ^a	,341	,336	5,839
2	,631 ^b	,398	,390	5,595
3	,649 ^c	,421	,409	5,509

a. Variables predictores: (Constant), Neuroticisme PT

b. Variables predictores: (Constant), Neuroticisme PT, Amabilitat PT

c. Variables predictores: (Constant), Neuroticisme PT, Amabilitat PT, Extraversió PT

Taula 20. Resum de variables excloses del model

Variables excloses						
Model		Beta dins	t	Sig.	Correlació parcial	Estadístics de colinealitat
						Tolerància
1	Edat	,088 ^a	1,323	,188	,106	,973
	Gènere	-,011 ^a	-,170	,865	-,014	,989
	Extraversió PT	-,200 ^a	-2,763	,006	-,218	,786
	Obertura PT	-,084 ^a	-1,255	,211	-,101	,961
	Amabilitat PT	-,244 ^a	-3,831	,000	-,296	,966
	Responsabilitat PT	,078 ^a	1,112	,268	,090	,861
2	Edat	,062 ^d	,963	,337	,078	,961
	Gènere	-,046 ^d	-,721	,472	-,058	,970
	Extraversió PT	-,170 ^b	-2,417	,017	-,192	,775
	Obertura PT	-,055 ^d	-,852	,396	-,069	,947
	Responsabilitat PT	,068 ^d	1,008	,315	,081	,859
3	Edat	,037 ^c	,571	,569	,046	,933
	Gènere	-,047 ^c	-,746	,457	-,061	,970
	Obertura PT	-,022 ^c	-,338	,736	-,027	,901
	Responsabilitat PT	,040 ^c	,592	,554	,048	,831

a. Variables predictores en el model: (Constant), Neuroticisme PT

b. Variables predictores en el model: (Constant), Neuroticisme PT, Amabilitat PT

c. Variables predictores en el model: (Constant), Neuroticisme PT, Amabilitat PT, Extraversió PT

d. Variable dependent: Puntuació BDI

Com hem vist a les Taules 17, 18, 19 i 20, el model òptim considera els factors neuroticisme ($B=0,301$, $p<0,0005$), amabilitat ($B=-0,153$, $p<0,0005$) i extraversió ($B=-0,106$, $p=0,017$). El coeficient de determinació del model és de 0,421, amb la qual cosa permet explicar el 42,1% de la variància de la variable dependent. El valor corregit, més modest, és de 0,409 (40,9% de la variància de la puntuació BDI). Els factors exclosos del model final (obertura a l'experiència, responsabilitat, edat i gènere) disten de la significació estadística. Per tant, el model permet predir la puntuació obtinguda per un subjecte al BDI a partir de les seves puntuacions en els factors neuroticisme, amabilitat i extraversió.

5.6. ESTUDI DELS FACTORS DE PERSONALITAT I LA RELACIÓ AMB L'ELECCIÓ DE CARRERA UNIVERSITÀRIA

A continuació es procedeix a descriure la mostra pel que fa als 5 factors de personalitat estudiats.

Taula 21. Resum de puntuacions obtingudes per als 5 factors de personalitat del NEO PI-R

		Mitjana	Desviació típica	Mín.	Màx.
Neuroticisme PT	Enginyeries	62,78	9,720	40	85
	Humanitats	66,83	12,723	43	89
	Ciències socials	63,39	11,775	39	91
	Ciències de la salut	61,44	9,460	41	82
	Total	63,35	11,024	39	91
Extraversió PT	Enginyeries	46,33	13,150	3	71
	Humanitats	43,87	14,102	22	68
	Ciències socials	48,12	11,661	27	74
	Ciències de la salut	48,35	8,036	30	63
	Total	47,06	11,516	3	74
Obertura PT	Enginyeries	47,30	16,316	10	77
	Humanitats	48,73	12,091	22	79
	Ciències socials	47,88	10,749	24	74
	Ciències de la salut	47,02	8,912	25	65
	Total	47,68	11,565	10	79

		Mitjana	Desviació típica	Mín.	Màx.
Amabilitat PT	Enginyeries	39,67	10,080	13	55
	Humanitats	36,40	12,472	9	66
	Ciències socials	37,16	11,362	13	68
	Ciències de la salut	37,96	8,822	16	66
	Total	37,69	10,607	9	68
Responsabilitat PT	Enginyeries	37,70	15,369	13	69
	Humanitats	28,67	14,698	4	52
	Ciències socials	38,00	13,194	3	64
	Ciències de la salut	38,81	10,206	16	60
	Total	36,40	13,502	3	69

Anteriorment hem vist que els cinc factors de personalitat segueixen una distribució normal en el conjunt de la mostra. La taula 21 ens aporta dades respecte al perfil de personalitat dominant en cadascuna de les branques de coneixement. A primera vista no semblen existir diferències entre aquests perfils de personalitat, exceptuant tal vegada el factor responsabilitat, que té una mitjana més baixa a les humanitats, tot i que la SD també és lleugerament major, indicant l'existència de major variabilitat. Destaca també el fet que les puntuacions mitjanes dels factors amabilitat i responsabilitat se situen força per davall del 50, mentre que les de neuroticisme estan en tots els grups força per damunt.

Taula 22. ANOVA per a la comparació de les branques de coneixement pel que fa a les 5 variables de personalitat

		ANOVA				
		Suma de quadrats	gl	Mitjana quadràtica	F	Sig.
Neuroticisme PT	Inter-grups	548,505	3	182,835	1,520	,212
	Intra-grups	18288,803	152	120,321		
	Total	18837,308	155			
Extraversió PT	Inter-grups	457,619	3	152,540	1,154	,330
	Intra-grups	20097,740	152	132,222		
	Total	20555,359	155			
Obertura PT	Inter-grups	60,205	3	20,068	,148	,931
	Intra-grups	20671,770	152	135,998		
	Total	20731,974	155			
Amabilitat PT	Inter-grups	173,369	3	57,790	,509	,677
	Intra-grups	17265,862	152	113,591		
	Total	17439,231	155			
Responsabilitat PT	Inter-grups	2249,949	3	749,983	4,384	,005
	Intra-grups	26005,609	152	171,090		
	Total	28255,558	155			

A la Taula 22 com es veu, només existeix diferència significativa en el factor responsabilitat, confirmant-se la relació que abans apuntàvem: els estudiants d'humanitats són, en promig, menys responsables que els seus companys de ciències de la salut, ciències socials i enginyeries ($p=0,005$). El factor on es registra més igualtat (hipòtesi nul·la) és el d'obertura a l'experiència: els estudiants de les diferents titulacions són pràcticament iguals en aquest tret ($p=0,931$).

Taula 23. Prova de Kruskal-Wallis per a la comparació de les branques de coneixement pel que fa a les 5 variables de personalitat

Rangs					
	Tipus d'estudis	N	Rang promig		
Neuroticisme PT	Enginyeries	27	77,30		
	Humanitats	30	91,15		
	Ciències socials	51	78,77		
	Ciències de la salut	48	70,98		
	Total	156			
Extraversió PT	Enginyeries	27	76,83		
	Humanitats	30	67,70		
	Ciències socials	51	82,49		
	Ciències de la salut	48	81,95		
	Total	156			
Obertura PT	Enginyeries	27	78,13		
	Humanitats	30	83,12		
	Ciències socials	51	79,67		
	Ciències de la salut	48	74,58		
	Total	156			
Amabilitat PT	Enginyeries	27	90,69		
	Humanitats	30	73,30		
	Ciències socials	51	75,26		
	Ciències de la salut	48	78,33		
	Total	156			
Responsabilitat PT	Enginyeries	27	78,13		
	Humanitats	30	56,30		
	Ciències socials	51	85,65		
	Ciències de la salut	48	84,99		
	Total	156			
	Neuroticisme PT	Extraversió PT	Obertura PT	Amabilitat PT	Responsabilitat PT
Khi-quadrat	3,708	2,432	,711	2,629	9,524
Gl	3	3	3	3	3
Sig.	,295	,488	,871	,452	,023

A la prova no paramètrica (Taula 23) es confirma la diferència estadísticament significativa en el factor responsabilitat ($p=0,023$) contra els estudiants de la branca d'humanitats, així com la tendència especialment marcada a la igualtat en el factor obertura a l'experiència entre l'alumnat de les diferents tipologies d'estudis ($p=0,871$).

Tanmateix, per conèixer entre quins grups exactament existeixen les diferències significatives en el factor responsabilitat, és precís aplicar de nou la prova de Mann-Whitney, els resultats significatius de la qual es presenten a continuació:

Taula 24. Prova de Mann-Whitney entre humanitats i ciències socials

Rangs				
Tipus d'estudis		N	Rango promig	Suma de rangs
Responsabilitat PT	Humanitats	30	31,67	950,00
	Ciències socials	51	46,49	2371,00
	Total	81		

Estadístics de contrast^a

	Responsabilitat PT
U de Mann-Whitney	485,000
W de Wilcoxon	950,000
Z	-2,740
Sig. (bilateral)	,006

a. Variable d'agrupació: Tipus d'estudis

Taula 25. Prova de Mann-Whitney entre humanitats i ciències de la salut

		Rangs		
	Tipus d'estudis	N	Rango promig	Suma de rangs
Responsabilitat PT	Humanitats	30	30,45	913,50
	Ciències de la salut	48	45,16	2167,50
	Total	78		

Estadístics de contrast ^a	
	Responsabilitat PT
U de Mann-Whitney	448,500
W de Wilcoxon	913,500
Z	-2,791
Sig. (bilateral)	,005

a. Variable d'agrupació: Tipus d'estudis

L'anàlisi realitzada revela diferències significatives en el tret responsabilitat entre els estudiants de l'àmbit de les humanitats i, per una banda, els de ciències de la salut ($p=0,005$); i per l'altra, els de ciències socials ($p=0,006$) (Taula 24 i 25). La comparació de l'estudiantat d'humanitats amb el d'enginyeries no arriba a la significació estadística, tot i que s'hi apropa ($p=0,067$). La resta de comparacions no són significatives, particularment entre els alumnes de ciències socials i ciències de la salut, que presenten un grau de responsabilitat molt similar ($p=0,853$). Així doncs, els estudiants d'humanitats puntuen significativament més baix en responsabilitat que totes les altres branques de coneixement, que obtenen entre sí, per la seva banda, puntuacions similars.

6. DISCUSSIÓ

En primer lloc, s'ha constatat que l'1,3% de la mostra estava diagnosticat de DM per part d'un/a professional de la medicina o psicologia en el moment de l'estudi, mentre que el doble (2,6%) presentava història personal d'almenys un diagnòstic de DM. La gran majoria de la mostra (97,4%) no va manifestar estar seguint, en el moment de l'estudi, cap tractament psicofarmacològic o psicoterapèutic.

Pel que fa a la primera i principal hipòtesi de l'estudi, en referència a les puntuacions BDI dels estudiants, s'ha trobat globalment una puntuació mitjana de 9,34 (IC: 8,21-10,47). Les puntuacions dels subjectes es troben compreses dins d'un rang de valors que comprèn la meitat més baixa de les puntuacions possibles del BDI, i que abarca la simptomatologia depressiva inexistent, lleu, moderada i flirteja amb la greu, tocant el límit inferior d'aquesta. No hi ha diferències significatives per gènere o edat, de forma sorprenent pel que fa al primer factor, ja que a la literatura està àmpliament descrit que les dones solen presentar major simptomatologia depressiva que els homes [2, 3, 4, 5, 6, 8, 10]; aquesta qüestió serà abordada més endavant. Les dades que acabem de presentar en termes de puntuació obtinguda al BDI s'han expressat també, com hem vist, en termes categòrics, per tal de poder parlar, pròpiament, de prevalences. No obstant, aquestes informacions s'han de prendre com a complementàries de les anteriors, ja que al transformar una variable quantitativa en categòrica, ja sigui ordinal o dicotòmica, es produeix irremissiblement una pèrdua d'informació que deriva en conclusions més grolleres.

Per tant, podem dir que la primera hipòtesi de l'estudi s'ha verificat, ja que s'han obtingut dades concordants amb les publicades a la literatura fins aquest moment, en un context en el qual les organitzacions mundials de salut consideren preocupantment prevalent la simptomatologia depressiva. Cal recordar que s'han publicat estudis amb valors considerablement divergents en aquest sentit, cosa que pot justificar-se en gran mesura per la diversitat de mètodes d'estudi i de criteris d'avaluació de la simptomatologia depressiva. L'estimació de prevalença a nivell mundial de l'OMS, com hem dit al principi, és del 5,83%, referint-se aquesta a DM clínicament diagnosticada [1]. Per tant, és normal que el nostre estudi hagi trobat una prevalença major, ja que es basa en un instrument de cribatge com és un qüestionari autoadministrat de simptomatologia depressiva [13]. Per grups específics, s'ha estudiat la problemàtica depressiva fonamentalment en persones grans, reportant-se xifres tan diverses com el

4,4% en dones i el 2,7% en homes (EUA) [4], fins al 43,2% en dones i 27,1% en homes d'un estudi realitzat a Mèxic [5]. Aquests estudis, evidentment, usaven metodologies i instruments d'avaluació ben diferents. Tenint en compte això, es fa difícil comparar els resultats del nostre estudi amb aquests, ja que tant podrien suggerir una prevalença de DM entre el jovent molt major com molt menor del que s'ha arribat a observar en ancians.

El grup poblacional del jovent també ha estat notablement estudiat pel que fa a la simptomatologia depressiva, i no difereix de l'anterior en el fet que s'han reportat xifres ben divergents. En aquest sentit, el nostre estudi es diferencia dels precedents [6, 8 i 13] pel fet de trobar una prevalença major a la de l'estudi peruà, i molt inferior a l'estudi més proper geogràficament, el del País Basc (que, no obstant, és un treball llunyà en el temps). Tanmateix, la xifra que hem trobat se situa en la mateixa línia que la de l'estudi neerlandès, que establia clarament la diferència entre diagnòstic de DM i simptomatologia depressiva clínicament rellevant. Per tant, parlant d'aquesta darrera, les prevalences són similars en ambdós estudis.

Els resultats que hem presentat són també coherents amb la literatura similar referida a subpoblacions específiques de pacients diagnosticats de determinades patologies no psiquiàtriques, com ara oncològiques o endocrinològiques, tenint en compte la variabilitat de dades que aquests estudis han aportat fins el moment present. És esperable, a priori, que les prevalences registrades en població general, teòricament sana, siguin notablement inferiors a les d'aquests subgrups poblacionals; i efectivament, pel que fa al present treball, així es demostra. En aquest sentit, i a tall d'exemple, estudis realitzats amb pacients oncològics han reportat prevalences de DM de fins al 57% en càncer orofaríngi, fins al 46% en el de mama i fins al 44% en el de pulmó [32]. En el cas d'una altra patologia, la diabetis mellitus, s'han trobat prevalences oscil·lants entre el 8,5 i el 27,3% en adults [33] i del 8,6 al 14% en adolescents i joves d'entre 10 i 21 anys [34]. En patologies cròniques com aquesta darrera, en què la incorporació de determinats hàbits a la rutina quotidiana és imprescindible per a un bon control de la malaltia, la presència de la DM pot empitjorar el seguiment del tractament i el control, en tant que la DM cursa amb apatia, abúlia, i alteració de la gana, entre d'altres.

Finalment, hem fet referència a un estudi fet a Barcelona amb el BDI en població general que acudia a consultes de medicina familiar i comunitària [10]. Aquest treball va trobar una prevalença ajustada del 20,2% de puntuacions superiors a 21 en l'esmentada escala (compatibles amb diagnòstic de DM), amb forta diferència de

gènere. En comparació, el nostre estudi troba una prevalença quasi 7 punts percentuals menor i no troba diferència entre gèneres, com comentarem tot seguit amb més profunditat. Per tant, el nostre treball sembla suggestiu de l'existència de diferències entre la població adulta barcelonina que acudeix a consultes d'atenció primària i la població universitària de Barcelona i voltants, en les quals tal vegada caldria aprofundir en projectes propvinents.

Així mateix, és precís fer constar que és una constant en la literatura el fet de trobar majors prevalences de simptomatologia depressiva en el gènere femení [2, 3, 4, 5, 6, 8, 10], circumstància que no s'ha replicat en el present treball. Com hem vist, s'han obtingut puntuacions BDI similars en ambdós gèneres. Cal, doncs, aprofundir en la investigació al respecte, ja que aquests resultats apuntarien la possibilitat que la població de la qual prové la mostra del nostre estudi fos una excepció en la distribució per gènere d'aquest tipus de problemàtica depressiva.

En resum, la gran divergència de xifres publicades en els cribatges realitzats en diferents grups poblacionals fa molt difícil establir comparacions amb els nostres resultats. Amb tot, el present treball apunta a la possible existència de diferències en la prevalença de DM entre la població universitària de la ciutat de Barcelona i voltants i la població general barcelonina, i registra una distribució per gèneres anòmala en el sentit que és extraordinàriament paritària. Ambdues circumstàncies són tributàries d'ulterior investigació, al nostre entendre. En cas de confirmar-se, les dades que hem apuntat també farien recomanable plantejar-se la necessitat de prendre mesures contra la problemàtica depressiva juvenil, tant des de la universitat com des de les institucions governamentals locals i/o nacionals.

En referència a la segona hipòtesi del nostre treball, podem dir que ha quedat també verificada, ja que existeixen diferències estadísticament significatives en la simptomatologia depressiva dels estudiants de les diferents titulacions. Concretament, les puntuacions difereixen significativament entre els alumnes d'humanitats i ciències de la salut i enginyeries i ciències de la salut. Se situen properes a la significació estadística les observades entre humanitats i ciències socials i entre enginyeries i ciències socials. Per contra, ciències socials i ciències de la salut són pràcticament idèntiques, i enginyeries i humanitats es revelen també molt similars. Per tant, podríem establir l'existència de dos subgrups de titulacions amb estudiants similars entre sí pel que fa a simptomatologia depressiva: un format per humanitats i enginyeries, i l'altre per ciències socials i de la salut.

Pel que fa a la categoria de simptomatologia inexistent, ciències de la salut i, en menor mesura, ciències socials, son les que acumulen un major percentatge d'estudiants. Al grup de simptomatologia lleu s'hi situa aproximadament una quarta part dels participants procedents de cadascuna de les branques de coneixement a excepció de les humanitats, que hi registren aproximadament la meitat d'alumnes. A la categoria de depressió moderada és on hi ha més disparitat pel que fa al percentatge d'alumnes de cada branca de coneixement que hi queden englobats. Amb tot, cal tenir en compte que el tamany de la mostra, un cop repartida a les diferents caselles de la taula de contingència, és reduït i provoca que un únic subjecte de diferència entre grups es tradueixi en una considerable diferència a nivell percentual. Aquestes diferències no són estadísticament significatives, encara que s'ha observa una tendència. També s'observen diferències notables entre branques de coneixement pel que fa al percentatge d'estudiants que puntuen igual o superior a 21 al BDI, essent els estudiants d'humanitats els que puntuen més alt, seguits dels d'enginyeries i ciències socials que se situen prop de la mitjana global, i finalment els de ciències de la salut, amb una prevalença molt menor: aproximadament un 25% de l'observada a humanitats. Les diferències no són estadísticament significatives, tot i que cal tenir en compte el baix nombre de subjectes contingut a cadascuna de les caselles que integren la taula de contingència. Aquesta consideració és vàlida, així mateix, per a la comparació comentada en el paràgraf anterior.

En referència als factors de personalitat i la seva relació amb la simptomatologia depressiva, la puntuació obtinguda al BDI correlaciona significativament amb els trets següents: neuroticisme, extraversió i amabilitat. Els factors obertura a l'experiència i responsabilitat no s'hi relacionen significativament, malgrat que la prova de correlació paramètrica sí que troba significació en la relació amb el primer d'aquests trets (inversament proporcional, intensitat de relació baixa), significació que desapareix en aplicar la prova no paramètrica, de menor potència. Per tant, no es pot descartar que no existeixi relació entre ambdues variables. En atenció a aquestes troballes, s'ha construït un model de regressió amb l'objectiu de predir la puntuació BDI a partir dels factors de personalitat i les variables (edat i gènere). Aquest model té en compte els factors següents: neuroticisme, amabilitat i extraversió.

En comparació amb la literatura precedent sobre la matèria, els nostres resultats hi són coincidents parcialment. Hem reafirmat que existeix una relació directa entre funcionament personal de tipus neuròtic i simptomatologia depressiva, però no hem trobat relació significativa amb el factor responsabilitat. Sí que hem verificat la relació inversa amb el factor extraversió, tot i que aquesta és força més dèbil que l'existent

amb el neuroticisme [18]. Alguns estudis previs havien apuntat relació inversa amb el factor obertura a l'experiència [20], circumstància que hem observat tot i que no ha pogut trobar-s'hi significació estadística clara. En canvi, hem identificat relació inversa significativa amb el tret amabilitat, mentre que una metaanàlisi prèvia [18] no havia relacionat aquest tret amb cap espectre psicopatològic, i menys de forma concreta amb l'espectre afectiu. Aquesta circumstància suggereix que aquest factor sí que es relaciona amb la simptomatologia depressiva, almenys en el grup poblacional del qual prové la nostra mostra. Com sempre, és necessària major investigació per tal d'aclarir-ho.

Finalment, la tercera i darrera hipòtesi de l'estudi només s'ha verificat per al factor de personalitat responsabilitat. Els estudiants d'humanitats són, en promig, significativament menys responsables que els seus companys de ciències de la salut, ciències socials i enginyeries. Per contra, el factor on es registra més igualtat entre branques de coneixement és el d'obertura a l'experiència: els estudiants de les diferents titulacions són pràcticament iguals en aquest tret. Més concretament, l'anàlisi realitzada revela diferències significatives en el tret responsabilitat entre els estudiants de l'àmbit de les humanitats i, per una banda, els de ciències de la salut; i per l'altra, els de ciències socials. La comparació de l'alumnat d'humanitats amb el d'enginyeries no arriba a la significació estadística, tot i que s'hi apropa. La resta de comparacions no són significatives, particularment entre els alumnes de ciències socials i ciències de la salut, que presenten un grau de responsabilitat molt similar. Així doncs, els estudiants d'humanitats puntuen significativament més baix en responsabilitat que totes les altres branques de coneixement, que obtenen entre sí, per la seva banda, puntuacions similars.

Cal remarcar en aquest punt que el terme responsabilitat tal vegada no és el més adequat, tot i que sí el més freqüentment usat, per referir-se al factor *conscientiousness* engendrat per Costa i McCrae [30, 31]: aquest factor fa referència a la capacitat de fixar-se uns objectius determinats i dirigir adaptativament la pròpia conducta per tal d'assolir-los amb èxit. Aquest factor es pot descriure amb paraules com organització, persistència, control i motivació. Els sis subfactors que l'integren, de fet, són: competència, ordre, sentit del deure, necessitat de reconeixement, autodisciplina i deliberació. Per tant, com veiem, la definició del factor va molt més enllà del significat convencional de la paraula responsabilitat. En aquest sentit, el que les dades semblen indicar és que els estudiants d'humanitats tenen una relació més

laxa envers les metes importants a nivell vital que els estudiants de la resta de les branques de coneixement. Cal recordar, a més, que la mostra està formada per estudiants de primer curs, la qual cosa fa pensar que la diferència de personalitat existeix prèviament a l'elecció d'estudis. Els factors que podrien explicar això últim són diversos. Per citar-ne només alguns, i davant la manca d'investigació rellevant al respecte, es podria pensar que el menor grau d'exigència dels estudis de l'àmbit de les humanitats atrau personalitats poc proclius a l'organització, l'autodisciplina i el control; aquest perfil d'estudiant probablement tindria més dificultats per seguir uns estudis d'un altre àmbit, com ara medicina, dret o enginyeria, titulacions que fan indispensable un grau molt alt de competència, dedicació i disciplina personal.

Aquests resultats s'han d'entendre en el marc perfilat per alguns estudis previs que afirmen que la personalitat no té relació amb l'elecció d'estudis universitaris [24]. Com que l'objectiu principal del present estudi era un altre, les conclusions que hem pogut obtenir en aquesta matèria s'han d'entendre com a resultats secundaris del nostre projecte, i per tant, necessiten ser validats per posteriors estudis més centrats en la comprovació d'aquesta hipòtesi. Tanmateix, és clar que no podem determinar amb seguretat si les diferències de personalitat estaven presents de forma prèvia a l'elecció de carrera, malgrat que la mostra estigués formada únicament per estudiants de primer curs, la immensa majoria dels quals feia menys de 9 mesos que eren estudiants universitaris en el moment de respondre la prova. El present treball, doncs, únicament mostra una correlació significativa de tipus invers entre el tret responsabilitat i el fet d'estudiar una titulació d'humanitats.

Punts forts de l'estudi

Es tracta d'un projecte que, fins on sabem, podria servir com a estudi pilot en el seu àmbit, i que ha aconseguit el seu objectiu primordial d'aportar informació sobre la situació de la simptomatologia depressiva entre els estudiants de grau de la nostra universitat. A més, ha permès apuntar diferències significatives en el grau de simptomatologia depressiva i el perfil de personalitat en funció de la tipologia d'estudis cursats. No menys important, no ha trobat diferències significatives en simptomatologia depressiva per gènere ni edat.

A mode d'objectiu secundari, s'ha fet un primer pas per discernir si existeixen diferències significatives de personalitat entre els estudiants de les diferents titulacions universitàries en el nostre entorn, matèria sobre la qual existeix certa controvèrsia en la literatura científica.

L'estudi ha comptat amb una mostra considerable tenint en compte les limitacions de temps i recursos (n=156), la recollida de dades s'ha fet de forma rigorosa i l'anàlisi de les mateixes s'ha fet de la mateixa manera, contrastant els resultats en tot moment amb estudis paramètrics i no paramètrics i realitzant les proves post hoc pertinents d'acord amb la significació estadística de cada test.

Limitacions de l'estudi

D'altra banda, aquest estudi, com no haurà passat per alt a ningú, presenta diversos punts febles. En primer lloc, el tamany de la mostra és relativament modest, i a més, els participants estan repartits de forma desigual entre les diferents branques de coneixement. En segon lloc, per limitacions econòmiques i logístiques la correcció de les proves s'ha realitzat de forma manual, tot i adoptar algunes mesures de comprovació de la qualitat de les dades. A més, el mostreig que s'ha realitzat és no probabilístic, de forma que no es pot descartar l'existència d'un biaix de selecció. De fet, en realitat ens enfrontem a dos possibles biaixos de selecció: primerament, pel fet d'escollir una determinada carrera com a representant de totes les d'una branca de coneixement en base a l'obtenció de resposta per part de facultat i professorat, i en segon lloc, pel fet d'obtenir respostes dels estudiants que assisteixen a classe. Per tant, aquest estudi es basa en les respostes d'aquells centres (i professorat) més participatius, i d'aquells estudiants que assisteixen regularment a classe. Dit d'una altra manera, s'ha exclòs de l'estudi una bona part de la realitat universitària, a saber, aquells centres poc proclius a participar en projectes d'investigació malgrat que les peticions vinguin de la mateixa universitat, les classes d'aquell professorat reaci a cedir part del temps de classe a projectes d'investigació o bé que no disposa de temps suficient degut a exigències del temari, i finalment l'estudiantat que opta per no assistir a classe de forma sistemàtica o bé no ha desitjat prestar la seva participació. Això s'ha de tenir en compte tant a nivell de l'estudi de la personalitat (poden existir diferències de personalitat entre els alumnes que assisteixen sistemàticament a classe i els que no, i entre els que solen prestar-se voluntaris per a projectes d'investigació i els que no) com a nivell de simptomatologia depressiva (ja que possiblement no s'hagin detectat aquells estudiants hipotètics afectats per simptomatologia de major gravetat, la qual és incapacitant i no permet el desenvolupament d'una activitat acadèmica normal).

D'altra banda, és important remarcar que a l'estudi s'ha obtingut més informació de la que s'ha fet servir per al present treball, ja que per manca de temps i mitjans no ha

estat possible reportar un projecte més ambiciós. Tanmateix, es disposa de dades sobre ideació suïcida (recollides a l'ítem 9 del BDI), així com dades específiques sobre la puntuació dels participants en cadascuna de les esferes simptomatològiques de la depressió recollides al BDI, i per al NEO PI-R es disposa també de dades que permeten el càlcul dels trenta subfactors de personalitat, sis per a cadascun dels grans factors. Aquestes dades, per tant, són susceptibles de ser usades en posteriors projectes que excedeixin el present en dimensió i pretensions científiques.

7. CONCLUSIONS

- El present treball ha trobat una prevalença de puntuacions BDI iguals o superiors a 21 del 13,5% (IC: 8,91-19,77%) entre estudiants de primer curs de quatre titulacions de les quatre branques de coneixement de la Universitat Autònoma de Barcelona. La puntuació mitjana obtinguda pels subjectes a l'inventari ha estat de 9,34 (IC: 8,21-10,47).
- S'han trobat diferències significatives en la puntuació al BDI en base a la branca de coneixement dels estudis, mentre que no s'han posat de manifest diferències significatives per gènere o edat.
- Els estudiants que puntuen més alt al BDI obtenen puntuacions significativament més altes en neuroticisme i més baixes en extraversió, obertura a l'experiència i amabilitat.
- El factor responsabilitat no es relaciona amb la simptomatologia depressiva; en canvi, és l'únic tret de personalitat que diferencia significativament els estudiants de les diferents branques de coneixement, ja que els estudiants d'humanitats puntuen significativament per sota que els de les altres branques en aquest tret.

8. AGRAÏMENTS

- Dr. Ignasi Gich-Saladich, professor de la Universitat Autònoma de Barcelona (UD Hospital de la Santa Creu i Sant Pau)
- Dra. Eva Grasa-Bello, psicòloga clínica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.
- Dr. Josep Cañabate, professor de la Facultat de Dret de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Dra. Cecília Debergh, professora de la Facultat de Traducció i Interpretació de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Dra. Monserrat Peiró, professora de l'Escola d'Enginyeria de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Dra. Marisa Presas, professora de la Facultat de Traducció i Interpretació de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Dra. Catherine Savoie, professora de la Facultat de Traducció i Interpretació de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Kirian Campoy, estudiant i delegat de primer curs del grau de Gestió Aeronàutica de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Gestions Acadèmiques de la Facultat de Dret, Facultat de Traducció i Interpretació, Escola d'Enginyeria (campus Sabadell) i Escola Universitària d'Infermeria de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de la Universitat Autònoma de Barcelona.

9. CONFLICTE D'INTERÈS

No existeix en el present treball conflicte d'interès de cap mena. No s'ha rebut cap tipus de finançament ni d'ajut econòmic per part de cap organisme públic o privat.

10. REFERÈNCIES

1. Organització Mundial de la Salut. Estadístiques Sanitàries Mundials 2013. <http://www.who.int/es>
2. Kessler, RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord.* 1993;29(2-3):85-96.
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA.* 2003;289(23):3095-3105.
4. Steffens DC, Skoog I, Norton MC, et al. Prevalence of Depression and Its Treatment in an Elderly Population: The Cache County Study. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57(6):601-607.
5. Pando-Moreno M, Aranda-Beltrán C, Alfaro-Alfaro N, Mendoza-Roaf P. Prevalencia de depresion en adultos mayores en poblacion urbana. *Revista Española de Geriatria y Gerontología.* 2001;36(3):140-144.
6. Rodas-Descalzi P, Santa Cruz-Linares G, Vargas-Murga H. Frecuencia de trastornos mentales en alumnos del tercer año de la Facultad de Medicina de una universidad privada de Lima - 2006. *Rev Med Hered.* 2009;20(2):158-164.
7. Calvo G José M., Sánchez P. Ricardo, Tejada Paola A.. Prevalencia y Factores Asociados a Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios. *Rev. Salud Pública.* 2003;5(2):123-143.
8. Sancho-Ollakarizketa, JM. Prevalencia de Síntomas Depresivos en Adolescentes y Adultos Jóvenes. *Gaceta Sanitaria.* 1990;4(17):55-59.
9. Sawyer-Radloff L. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement.* 1977;1:385-401.
10. Gabarrón-Hortal E, Vidal-Royo JM, Haro-Abad JM, Boix-Soriano I, Jover-Blanca A, Arenas-Prat M. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. *Atención Primaria.* 2002;29(6):329-335.
11. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet.* 2009;374(9690):609-19.
12. Mitchell AJ, Coyne JC. Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *Br J Gen Pract.* 2007;57(535):144-151.

13. Beekman AT, Deeg DJ, van Tilburg T, Smit JH, Hooijer C, van Tilburg W. Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *J Affect Disord.* 1995;36(1-2):65-75.
14. Horwath E, Johnson J, Klerman GL, Weissman MM. Depressive Symptoms as Relative and Attributable Risk Factors for First-Onset Major Depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49(10):817-823.
15. Sherbourne CD, Kennerly DA, Wells RD, Hays WH, Rogers M, Burnam A, Judd LL. Subthreshold depression and depressive disorder: clinical characteristics of general medical and mental health specialty outpatients. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 1995.
16. Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema.* 1998;10(2):303-318.
17. Conde V, Useros E. Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Rev Psiquiatr Psicol Eur Am.* 1975;12:217-36.
18. Julio Bobes GarcíaKotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D. Linking "big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin.* 2010;136(5):768-821.
19. Widiger TA. Personality and psychopathology. *World Psychiatry.* 2011;10:103-106.
20. Weber K, Panteleimon G, Bacchetta JP, Quast S, Herrmann FR, Delaloye C et al. Personality traits are associated with acute major depression across age spectrum. *Aging & Mental Health.* 2012;16(4):472-480.
21. Sáinz M, Pálmen R, García-Cuesta S. Parental and secondary school teachers' perceptions of ICT professionals, gender differences and their role in the choice of studies. *Sex roles.* 2012;66(3-4):235-249.
22. López-Sáez M, Puertas S, Sáinz M. Why Don't Girls Choose Technological Studies? Adolescents' Stereotypes and Attitudes towards Studies Related to Medicine or Engineering. *The Spanish Journal of Psychology.* 2011;14(1):74-87.
23. Bethencourt JT, Cabrera L. Personalidad y toma de decisiones vocacionales en universitarios. *Relieve.* 2011;17(1):4.
24. García-Sedeño MA, Navarro JI, Menacho I. Relationship between personality traits and vocational choice. *Psychological Reports.* 2009;105(2):633-42.

25. Guevara-Ortiz NS, Guevara-Ortiz TA, Tamayo-Nasser VR. Dimensiones de la personalidad en estudiantes universitarios: estudio descriptivo-correlacional realizado con estudiantes de las facultades de ciencias sociales, ciencias económicas e ingeniería y arquitectura de la Universidad Francisco Gavidia, en el ciclo II-2010. Trabajo de Fin de Grado. 2011. Universidad Francisco Gavidia. Facultad de Ciencias Sociales. Licenciatura en Psicología.
26. Sanz J, Navarro ME, Vázquez C. Adaptación española del inventario para la depresión Beck-II (BDI-II). 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*. 2003;29(124):239-288.
27. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*. 1961;4:561-571.
28. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*. 1988;8(1):77-100.
29. García-Portilla-González MP, Bascarán-Fernández MT, Sáiz-Martínez PA, Bousoño-García M, Parallada-Redondo M. Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. 2ª edición. Barcelona: RBA Libros; 2002.
30. McCrae R, Costa P. Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*. 1997;52(5):509-516.
31. McCrae R, Costa P. Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987;52(1): 81-90.
32. Massie, MJ. Prevalence of Depression in Patients With Cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2004;32:57-71.
33. Gavard JA, Lustman PJ, Clouse RE. Prevalence of depression in adults with diabetes. An epidemiological evaluation. *Diabetes Care*. 1993;16(8):1167-78.
34. Lawrence JM, Standiford DA, Loots B, Klingensmith GJ, Williams DE, Ruggiero A, Liese AD, Bell RA, Waitzfelder BE, McKeown RE. Prevalence and correlates of depressed mood among youth with diabetes: the SEARCH for Diabetes in Youth study. *Pediatrics*. 2006;117(4):1348-58.

ANNEX 1: BDI

5.3. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

1

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo

- Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
- No me encuentro triste
- Me siento algo triste y deprimido
- Ya no puedo soportar esta pena
- Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

2. Pesimismo

- Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
- Creo que nunca me recuperaré de mis penas
- No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
- No espero nada bueno de la vida
- No espero nada. Esto no tiene remedio

3. Sentimientos de fracaso

- He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
- He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
- Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
- No me considero fracasado
- Veo mi vida llena de fracasos

4. Insatisfacción

- Ya nada me llena
- Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
- Ya no me divierte lo que antes me divertía
- No estoy especialmente insatisfecho
- Estoy harto de todo

5. Sentimientos de culpa

- A veces me siento despreciable y mala persona
- Me siento bastante culpable
- Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
- Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
- No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo

- Presiento que algo malo me puede suceder
- Siento que merezco ser castigado
- No pienso que esté siendo castigado
- Siento que me están castigando o me castigarán
- Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo

- Estoy descontento conmigo mismo
- No me aprecio
- Me odio (me desprecio)
- Estoy asqueado de mí
- Estoy satisfecho de mí mismo

8. Autoacusación

- No creo ser peor que otros
- Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
- Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
- Siento que tengo muchos y muy graves defectos
- Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas

- Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
- Siento que estaría mejor muerto
- Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
- Tengo planes decididos de suicidarme
- Me mataría si pudiera
- No tengo pensamientos de hacerme daño

10. Períodos de llanto

- No lloro más de lo habitual
- Antes podía llorar; ahora no lloro ni aun queriéndolo
- Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
- Ahora lloro más de lo normal

5.3. Inventario de Depresión de Beck
(Beck Depression Inventory, BDI)

2

11. Irritabilidad
<input type="radio"/> No estoy más irritable que normalmente
<input type="radio"/> Me irrito con más facilidad que antes
<input type="radio"/> Me siento irritado todo el tiempo
<input type="radio"/> Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
12. Aislamiento social
<input type="radio"/> He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
<input type="radio"/> Me intereso por la gente menos que antes
<input type="radio"/> No he perdido mi interés por los demás
<input type="radio"/> He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
13. Indecisión
<input type="radio"/> Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
<input type="radio"/> Tomo mis decisiones como siempre
<input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
<input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
14. Imagen corporal
<input type="radio"/> Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
<input type="radio"/> Me siento feo y repulsivo
<input type="radio"/> No me siento con peor aspecto que antes
<input type="radio"/> Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)
15. Capacidad laboral
<input type="radio"/> Puedo trabajar tan bien como antes
<input type="radio"/> Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
<input type="radio"/> No puedo trabajar en nada
<input type="radio"/> Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
<input type="radio"/> No trabajo tan bien como lo hacía antes
16. Trastornos del sueño
<input type="radio"/> Duermo tan bien como antes
<input type="radio"/> Me despierto más cansado por la mañana
<input type="radio"/> Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
<input type="radio"/> Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
<input type="radio"/> Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
<input type="radio"/> Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
<input type="radio"/> Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
<input type="radio"/> No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas
17. Cansancio
<input type="radio"/> Me canso más fácilmente que antes
<input type="radio"/> Cualquier cosa que hago me fatiga
<input type="radio"/> No me canso más de lo normal
<input type="radio"/> Me canso tanto que no puedo hacer nada
18. Pérdida de apetito
<input type="radio"/> He perdido totalmente el apetito
<input type="radio"/> Mi apetito no es tan bueno como antes
<input type="radio"/> Mi apetito es ahora mucho menor
<input type="radio"/> Tengo el mismo apetito de siempre
19. Pérdida de peso
<input type="radio"/> No he perdido peso últimamente
<input type="radio"/> He perdido más de 2,5 kg
<input type="radio"/> He perdido más de 5 kg
<input type="radio"/> He perdido más de 7,5 kg
20. Hipocondría
<input type="radio"/> Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
<input type="radio"/> Estoy preocupado por dolores y trastornos
<input type="radio"/> No me preocupa mi salud más de lo normal
<input type="radio"/> Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
21. Libido
<input type="radio"/> Estoy menos interesado por el sexo que antes
<input type="radio"/> He perdido todo mi interés por el sexo
<input type="radio"/> Apenas me siento atraído sexualmente
<input type="radio"/> No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

ANNEX 2: NEO PI-R

1 No soy una persona que se preocupe mucho.

2 La mayoría de la gente que conozco me cae muy simpática.

3 Tengo una imaginación muy activa.

4 Tiendo a ser cínico y escéptico respecto a las intenciones de los demás.

5 Se me conoce por mi prudencia y sentido común.

6 Con frecuencia me irrita la forma en que me trata la gente.

7 Huyo de las multitudes.

8 Los aspectos estéticos y artísticos no son muy importantes para mí.

9 No soy astuto ni disimulador.

10 Prefiero dejar abiertas posibilidades más que planificarme todo de antemano.

11 Rara vez me siento solo o triste.

12 Soy dominante, enérgico y defiendo mis opiniones.

13 Sin emociones fuertes la vida carecería de interés para mí.

14 Algunas personas creen que soy egoísta y egocéntrico.

15 Trato de realizar concienzudamente todas las cosas que se me encomiendan.

16 Al tratar con los demás siempre temo hacer una patochada.

17 Tanto en el trabajo como en la diversión tengo un estilo pausado.

18 Tengo unas costumbres y opiniones bastante arraigadas.

19 Preferiría cooperar con los demás a competir con ellos.

20 No me enfado por nada, soy un poco pasota.

21 Rara vez me excedo en algo.

22 A menudo anhelo tener experiencias emocionantes.

23 Con frecuencia disfruto jugando con teorías o ideas abstractas.

24 No me importa hacer alarde de mis talentos y logros.

25 Soy bastante bueno en organizarme para terminar las cosas a tiempo.

CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

26 Con frecuencia me siento indefenso y quiero que otro resuelva mis problemas.

27 Literalmente, nunca he saltado de alegría.

28 Considero que dejar que los jóvenes oigan a personas cuyas opiniones son polémicas sólo puede confundirles o equivocarles.

29 Los líderes políticos deberían ser más conscientes del lado humano de sus programas.

30 He hecho bastantes tonterías a lo largo de mi vida.

31 Me asusto con facilidad.

32 No me gusta mucho charlar con la gente.

33 Intento que todos mis pensamientos sean realistas y no dejar que vuele la imaginación.

34 Creo que la mayoría de la gente tiene en general buena intención.

35 No me tomo muy en serio mis deberes cívicos, como ir a votar.

36 Soy una persona apacible.

37 Me gusta tener mucha gente alrededor.

38 A veces me quedo totalmente absorto en la música que escucho.

39 Si es necesario, estoy dispuesto a manipular a la gente para conseguir lo que quiero.

40 Tengo mis cosas bien cuidadas y limpias.

41 A veces me parece que no valgo absolutamente nada.

42 A veces no soy capaz de defender mis opiniones todo lo que debiera.

43 Rara vez experimento emociones fuertes.

44 Trato de ser cortés con todo el que conozco.

45 A veces no soy tan formal ni fiable como debiera.

46 Rara vez me siento cohibido cuando estoy con gente.

47 Cuando hago cosas, las hago con energía.

48 Creo que es interesante aprender y desarrollar nuevas aficiones.

49 Puedo ser sarcástico y mordaz si es necesario.

CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

50 Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada.

51 Me cuesta resistirme a mis deseos.

52 No me gustaría pasar las vacaciones en los centros de juego de Las Vegas.

53 Encuentro aburridas las discusiones filosóficas.

54 Prefiero no hablar de mis éxitos o de mí mismo.

55 Pierdo mucho tiempo hasta que me ponga a trabajar.

56 Creo que soy capaz de enfrentarme a la mayoría de mis problemas.

57 A veces he experimentado una intensa alegría o arrebató.

58 Considero que las leyes y normas sociales deberían cambiar para reflejar las necesidades de un mundo cambiante.

59 Soy duro y poco sentimental en mis actitudes.

60 Pienso muy bien las cosas antes de tomar una decisión.

61 Rara vez me siento con miedo o ansioso.

62 Se me conoce como una persona cálida y cordial.

63 Tengo mucha fantasía.

64 Creo que la mayoría de la gente se aprovecharía de uno si se la dejara.

65 Me mantengo informado y por lo general tomo decisiones inteligentes.

66 Me consideran colérico y de genio vivo.

67 En general prefiero hacer las cosas solo.

68 Me aburre ver ballet clásico o danza moderna.

69 Aunque quisiera, no podría engañar a nadie.

70 No soy una persona muy metódica.

71 Rara vez estoy triste o deprimido.

72 A menudo he sido un líder en los grupos en que he estado.

73 Cómo siento sobre las cosas es algo importante para mí.

74 Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador.

CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

A En total desacuerdo

B En desacuerdo

C Neutral

D De acuerdo

E Totalmente de acuerdo

75 Pago mis deudas puntualmente y en su totalidad.

76 En ocasiones he estado tan avergonzado que he querido esconderme.

77 Probablemente mi trabajo sea lento pero constante.

78 Cuando encuentro la manera de hacer algo, me aferro a ella.

79 Me resulta difícil expresar rabia, aunque lleve razón.

80 Cuando empiezo un programa para mejorar algo mío, lo habitual es que lo abandone a los pocos días.

81 Me cuesta poco resistir a una tentación.

82 A veces he hecho cosas por mera excitación, buscando emociones.

83 Disfruto resolviendo problemas o rompecabezas.

84 Soy mejor que la mayoría de la gente, y estoy seguro de ello.

85 Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo.

86 Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar.

87 No soy un alegre optimista.

88 Considero que deberíamos contar con las autoridades religiosas para tomar decisiones sobre cuestiones morales.

89 Hagamos lo que hagamos por los pobres y los ancianos, nunca será demasiado.

90 En ocasiones primero actúo y luego pienso.

91 A menudo me siento tenso e inquieto.

92 Mucha gente cree que soy algo frío y distante.

93 No me gusta perder el tiempo soñando despierto.

94 Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna.

95 Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer.

96 No se me considera una persona quisquillosa o de mal genio.

97 Si estoy solo mucho tiempo, siento mucha necesidad de la gente.

98 Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y en la naturaleza.

CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

99 Ser absolutamente honrado no es bueno para hacer negocios.

100 Me gusta tener cada cosa en su sitio, de forma que sepa exactamente dónde está.

101 A veces he sentido una sensación profunda de culpa o pecado.

102 En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros.

103 Rara vez pongo mucha atención en mis sentimientos del momento.

104 Por lo general trato de pensar en los demás y ser considerado.

105 A veces hago trampas cuando me entretengo con juegos solitarios.

106 No me avergüenzo mucho si la gente se ríe de mí y me toma el pelo.

107 A menudo siento como si estuviera explotando de energía.

108 Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países.

109 Si alguien no me cae simpático, se lo digo.

110 Trabajo mucho para conseguir mis metas.

111 Cuando como las comidas que más me gustan, tiendo a comer demasiado.

112 Tiendo a evitar las películas demasiado violentas y terroríficas.

113 A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas.

114 Trato de ser humilde.

115 Me cuesta forzarme a hacer lo que tengo que hacer.

116 En situaciones de emergencia mantengo la cabeza fría.

117 A veces rebose felicidad.

118 En mi opinión, las distintas ideas sobre lo que está bien y lo que está mal que tienen otras sociedades pueden ser válidas para ellas.

119 Los mendigos no me inspiran simpatía.

120 Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias.

121 Rara vez me inquieta el futuro.

122 Disfruto mucho hablando con la gente.

CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

123 Me gusta concentrarme en un ensueño o fantasía y, dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades.

124 Cuando alguien es agradable conmigo, me entran celos.

125 Estoy orgulloso de mi sensatez.

126 Con frecuencia acabo sintiéndome a disgusto con las personas con las que tengo que tratar.

127 Prefiero los trabajos que me permiten trabajar solo, sin que me molesten los demás.

128 La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí.

129 Detestaría que alguien pensara de mí que soy un hipócrita.

130 Parece que nunca soy capaz de organizarme.

131 Cuando algo va mal, tiendo a culpabilizarme.

132 Con frecuencia, los demás cuentan conmigo para tomar decisiones.

133 Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos.

134 No se me conoce por mi generosidad.

135 Cuando me comprometo a algo, siempre se puede contar conmigo para llevarlo a término.

136 A menudo me siento inferior a los demás.

137 No soy tan vivo ni tan animado como otras personas.

138 Prefiero pasar el tiempo en ambientes conocidos.

139 Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar.

140 No me siento impulsado a conseguir el éxito.

141 Rara vez cedo a mis impulsos momentáneos.

142 Me gusta estar donde está la acción.

143 Me gusta hacer rompecabezas de los que te cuesta bastante resolverlos.

144 Tengo una opinión muy alta de mí mismo.

145 Cuando empiezo un proyecto, casi siempre lo termino.

146 Con frecuencia me resulta difícil decidirme.

147 No me considero especialmente alegre.

148 Considero que la fidelidad a los propios ideales y principios es más importante que tener una mentalidad abierta.

149 Las necesidades humanas deberían estar siempre por delante de consideraciones económicas.

150 A menudo hago cosas siguiendo el impulso del momento.

151 Me preocupó con frecuencia por cosas que podrían salir mal.

152 Me resulta fácil sonreír y ser abierto con desconocidos.

153 Si noto que mi mente comienza a divagar y a soñar, generalmente me ocupo en algo y empiezo a concentrarme en una tarea o actividad alternativa.

154 Mi primera reacción es confiar en la gente.

155 No parece que haya tenido éxito completo en algo.

156 Es difícil que yo pierda los estribos.

157 Preferiría pasar las vacaciones en una playa muy frecuentada que en una cabaña aislada en el bosque.

158 Ciertos tipos de música me producen una fascinación sin límites.

159 A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero.

160 Tiendo a ser algo quisquilloso en el orden.

161 Tengo una baja opinión de mí mismo.

162 Preferiría ir a mi aire a ser el líder de otros.

163 Rara vez me doy cuenta del humor o de las emociones que existen en cada ambiente.

164 A la mayoría de las personas que conozco les caigo simpático.

165 Me atengo de forma estricta a mis principios éticos.

166 Me siento a gusto en presencia de mis jefes u otras figuras de autoridad.

167 Habitualmente me parece tener prisa.

168 A veces hago cambios en la casa sólo para probar algo diferente.

169 Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear.

CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

170 Me esfuerzo por conseguir aquello para lo que estoy capacitado.

171 A veces como tanto que me pongo malo.

172 Adoro la excitación de las montañas rusas en los parques de atracciones.

173 Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana.

174 Pienso que no soy mejor que los demás, independientemente de cuál sea su condición.

175 Cuando un proyecto se pone demasiado difícil, me siento inclinado a empezar uno nuevo.

176 Puedo comportarme bastante bien en una crisis.

177 Soy una persona alegre y animosa.

178 Me considero de mentalidad abierta y tolerante con los estilos de vida de los demás.

179 Creo que todos los seres humanos merecen respeto.

180 Casi nunca tomo decisiones precipitadas.

181 Tengo menos miedos que la mayoría de la gente.

182 Tengo unos fuertes lazos emocionales con mis amigos.

183 De niño rara vez me divertía jugando a ser otra persona (policía, padre, profesor, etc.).

184 Tiendo a pensar lo mejor de la gente.

185 Soy una persona muy competente.

186 A veces me he sentido amargado y resentido.

187 Las reuniones sociales normalmente me resultan aburridas.

188 A veces, cuando leo poesía o contemplo una obra de arte, siento una profunda emoción o excitación.

189 A veces intimido o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero.

190 No soy compulsivo sobre la limpieza.

191 A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza.

192 En las conversaciones tiendo a ser el que más habla.

193 Me parece fácil simpatizar, sentir yo lo que sienten los demás.

194 Me considero una persona caritativa.

CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

195 Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez.

196 Si he dicho o hecho algo mal a una persona, me cuesta mucho poder enfrentarme a ella de nuevo.

197 Mi vida lleva un ritmo rápido.

198 En vacaciones prefiero volver a un sitio conocido y fiable.

199 Soy cabezota y testarudo.

200 Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago.

201 A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento.

202 Me atraen los colores llamativos y los estilos ostentosos.

203 Tengo mucha curiosidad por los temas intelectuales.

204 Preferiría elogiar a otros que ser elogiado.

205 Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender a ninguna.

206 Cuando parece que todo va mal, todavía puedo tomar buenas decisiones.

207 Rara vez uso palabras como *fantástico* o *sensacional* para describir mis experiencias.

208 Creo que si una persona no tiene claras sus creencias a los 25 años, algo no le va bien.

209 Me inspiran simpatía los que son menos afortunados que yo.

210 Cuando voy de viaje, lo planifico cuidadosamente con antelación.

211 A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores.

212 Me tomo un interés personal por la gente con la que trabajo.

213 Tendría dificultad para dejar que mi pensamiento vagara sin control o dirección.

214 Tengo mucha fe en la naturaleza humana.

215 Soy eficiente y eficaz en mi trabajo.

216 Hasta las mínimas molestias me pueden resultar frustrantes.

217 Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente.

CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

218 Disfruto leyendo poesías que se centran más en sentimientos e imágenes que en acontecimientos.

219 Estoy orgulloso de mi astucia para tratar con la gente.

220 Gasto un montón de tiempo buscando cosas que he perdido.

221 Con demasiada frecuencia cuando las cosas van mal me siento desanimado y a punto de tirar la toalla.

222 No me parece fácil asumir el control de una situación.

223 Cosas raras o singulares (como ciertos olores o los nombres de lugares lejanos) pueden evocarme fuertes estados de ánimo.

224 Me aparto de mi camino por ayudar a los demás, si puedo.

225 Tendría que estar realmente enfermo para perder un día de trabajo.

226 Cuando alguien que conozco hace tonterías, siento vergüenza ajena.

227 Soy una persona muy activa.

228 Cuando voy a alguna parte sigo siempre el mismo camino.

229 Con frecuencia me enzarzo en discusiones con mi familia y mis compañeros.

230 Soy un poco adicto al trabajo.

231 Siempre soy capaz de mantener mis sentimientos bajo control.

232 Me gusta ser parte del público en los acontecimientos deportivos.

233 Tengo una gran variedad de intereses intelectuales.

234 Soy una persona superior.

235 Tengo mucha auto-disciplina.

236 Soy bastante estable emocionalmente.

237 Me río con facilidad.

238 Considero que la *nueva moralidad* sobre lo que está permitido no es de ninguna manera una moralidad.

239 Antes preferiría ser conocido como una *persona misericordiosa* que como una *persona recta*.

240 Antes de contestar una pregunta, me lo pienso dos veces.

**COMPRUEBE SI HA CONTESTADO
A TODAS LAS FRASES Y
LAS CONTESTACIONES DADAS
EN LA HOJA DE RESPUESTAS
SON ADECUADAS**

ANNEX 3: FULL DE DADES BÀSIQUES DE LA PERSONA PARTIICIPANT

Dades bàsiques de la persona participant

Et demanem la teva participació en un projecte de recerca que pretén avaluar la presència de simptomatologia depressiva en població universitària catalana i relacionar-la amb trets de personalitat i branca de coneixement dels estudis cursats.

Recorda que la teva participació és totalment voluntària i anònima, tal i com s'especifica al full de consentiment informat que hauràs de signar i retornar separatament (per protegir el teu anonimat).

A continuació se't demanarà que responguis algunes preguntes bàsiques sobre tu. Després, es requerirà que responguis dos qüestionaris molt usats en psicologia, un sobre simptomatologia depressiva i un altre sobre personalitat. **ATENCIÓ:** se t'ha repartit un dossier amb les preguntes d'ambdós test que hauràs de retornar al final, per tant, **no hi escriguis res**. Les teves respostes les has d'escriure als fulls de resposta que trobaràs grapats darrera d'aquest full.

Sisplau anota el correu electrònic elisabet.tasa@e-campus.uab.cat per si en un futur tens alguna consulta sobre l'estudi.

IDENTIFICACIÓ (a completar per la investigadora): _____

DATA D'AVUI: _____

DATA DE NAIXEMENT: _____

GÈNERE:

- DONA
- HOME

TITULACIÓ CURSADA: _____

ACTUALMENT ESTÀS DIAGNOSTICAT/DA PER UN/A METGE/SSA O PSICÒLEG/A DE DEPRESSIÓ MAJOR?

- SÍ
- NO

HAS ESTAT ALGUNA VEGADA DIAGNOSTICAT/DA PER UN/A METGE/SSA O PSICÒLEG/A DE DEPRESSIÓ MAJOR?

- SÍ
- NO

ACTUALMENT, ESTÀS SEGUINT ALGUN TIPUS DE TRACTAMENT PSICOFARMACOLÒGIC O PSICOTERAPÈUTIC?

Ex: antidepressius, ansiolítics, antipsicòtics, teràpia psicològica...

- SÍ Especificar: _____
- NO

ANNEX 4: CONSENTIMENT INFORMAT

Consentiment informat

Projecte d'investigació: Cribatge de simptomatologia depressiva en població universitària catalana: associació amb perfil de personalitat i branca de coneixement dels estudis cursats

Investigadora: Elisabet Tasa Vinyals

Treball de Fi de Màster en Investigació Clínica Aplicada a les Ciències de la Salut

Facultat de Medicina

UD Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Universitat Autònoma de Barcelona

Jo, (nom i cognoms) _____, amb DNI _____, presto lliurement i voluntària la meva conformitat per participar en l'estudi esmentat, i manifesto que:

He rebut informació sobre l'estudi.

He pogut fer preguntes sobre l'estudi.

Comprendc que la meva participació és voluntària i anònima.

Signatura de la persona participant

Data: _____

ANNEX 5: CORRECCIÓ BDI

5.1.3. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

Autores	A. T. Beck, C. H. Ward, M. Mendelson, J. Mock, J. Erbaugh.
Referencia	<i>An inventory for measuring depression</i> . Arch Gen Psychiatry 1961;4:561-71.
Evalúa	La gravedad del cuadro depresivo.
N.º de ítems	21 (versión abreviada, 13).
Administración	Autoaplicada.

DESCRIPCIÓN

- El BDI consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.
 - Es, dentro de las escalas de depresión, la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck.
 - Otro elemento distintivo en cuanto a los síntomas es la ausencia de síntomas motores y de ansiedad.
- Autoaplicada, aunque inicialmente había sido diseñada para administrar mediante entrevista.
- Existen varias versiones de diferente extensión:
 - Una versión más extensa de 42 ítems, en la que el orden de los ítems ha sido modificado de tal forma que empieza por los ítems más neutros, como dolores de cabeza y apetito.
 - Una versión más breve de 13 ítems.
- El BDI ha sido adaptado y validado al castellano por Conde y Useros.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- En la versión de 21 ítems, el valor de cada una de las respuestas a cada uno de los ítems es distinto y se refiere a continuación (el valor de cada una de las opciones de respuesta sigue el orden en que aparece en el cuestionario).
 - Ítem 1: 2 (esta tristeza me produce...); 0 (no me encuentro triste); 1 (me siento algo triste y deprimido); 3 (ya no puedo soportar esta pena); 2 (tengo siempre como una pena encima...).
 - Ítem 2: 1-2-0-2-3.
 - Ítem 3: 3-1-2-0-2.
 - Ítem 4: 2-1-1-0-3.
 - Ítem 5: 1-2-2-3-0.
 - Ítem 6: 1-3-0-2-3.
 - Ítem 7: 1-1-2-2-0.
 - Ítem 8: 0-2-3-2-1.
 - Ítem 9: 1-2-2-3-2-0.
 - Ítem 10: 0-3-2-1.
 - Ítem 11: 0-1-2-3.
 - Ítem 12: 3-1-0-2.
 - Ítem 13: 1-0-3-2.
 - Ítem 14: 1-3-0-2.
 - Ítem 15: 0-1-3-2-1.
 - Ítem 16: 0-1-2-2-2-3-3-3.
 - Ítem 17: 1-2-0-3.
 - Ítem 18: 3-1-2-0.
 - Ítem 19: 0-1-2-3.
 - Ítem 20: 2-1-0-3.
 - Ítem 21: 1-3-2-0.
- En la versión abreviada (13 ítems), los valores de las 4 opciones de respuesta son iguales en todos los ítems: la primera respuesta vale 0 puntos; la segunda vale 1 punto; la tercera vale 2, y la cuarta vale 3 puntos.

- Proporciona una puntuación total que es la suma de las puntuaciones en cada uno de los ítems.
- La versión de 21 ítems no tiene puntos de corte establecidos. Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:
 - Depresión ausente o mínima: puntuación media en el BDI de 10,9 puntos.
 - Depresión leve: puntuación media de 18,7.
 - Depresión moderada: puntuación media de 25,4.
 - Depresión grave: puntuación media de 30 puntos.
- En la versión de 13 ítems los puntos de corte propuestos son:
 - 0-4: depresión ausente o mínima.
 - 5-7: depresión leve.
 - 8-15: depresión moderada.
 - > 15: depresión grave.

REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS

- Bech P. Rating scales for mood disorders: Applicability, consistency and construct validity. *Acta Psychiatr Scand* 1988;78 (Suppl 345):45-55.
- Conde V, Useros E. Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am* 1975;12:217-36.
- Conde López V, Franch Valverde JI. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Barcelona: Trébol, 1984.

**ANNEX 6: TAULA PUNTUACIONS DIRECTES,
PUNTUACIONS T I PERCENTILS NEO PI-R**

Tabla C.1. NEO PI-R, baremos de los factores

Fe	PUNTUACIONES DIRECTAS												T						
	VARONES + MUJERES						VARONES							MUJERES					
	N	E	O	A	C		N	E	O	A	C			N	E	O	A	C	
99	119-192	154-192	154-192	167-192	177-192		116-192	156-192	155-192	167-192	180-192		120-192	153-192	154-192	167-192	176-192	73	
98	113-118	151-153	163-166	175-176	175-176		107-115	151-155	151-154	160-166	176-179		116-119	151-152	151-153	165-166	174-175	71	
97	108-112	149-150	148-150	160-162	173-174		104-106	148-150	148-150	158-159	174-175		111-115	149-150	149-150	161-164	171-173	69	
96	105-107	147-148	146-147	158-159	171-172		101-103	145-147	146-147	157	172-173		109-110	148	146-148	159-160	169-170	68	
95	99-104	142-146	141-145	154-157	166-170		95-100	141-144	140-145	153-156	168-171		102-108	143-147	141-145	155-158	165-168	66	
90	92-98	137-141	136-140	150-153	162-165		89-94	136-140	135-139	148-152	163-167		95-101	138-142	137-140	151-154	160-164	63	
85	87-91	133-136	132-135	146-149	158-161		84-88	133-135	131-134	144-147	159-162		89-94	134-137	133-136	148-150	157-159	60	
80	82-86	131-132	129-131	144-145	155-157		80-83	130-132	128-130	142-143	155-158		85-88	131-133	130-132	145-147	155-156	59	
75	79-81	128-130	127-128	142-143	152-154		77-79	127-129	125-127	140-141	151-154		81-84	129-130	128-129	143-144	152-154	57	
70	77-78	126-127	125-126	139-141	149-151		74-76	124-126	123-124	137-139	149-150		79-80	127-128	127	141-142	149-151	56	
65	74-76	123-125	123-124	137-138	146-148		72-73	122-123	121-122	135-136	145-148		77-78	124-126	125-126	139-140	147-148	54	
60	72-73	121-122	121-122	136	144-145		70-71	120-121	119-120	134	143-144		74-76	123	123-124	137-138	145-146	53	
55	70-71	119-120	118-120	134-135	142-143		67-69	118-119	117-118	132-133	141-142		72-73	121-122	121-122	136	142-144	51	
50	68-69	117-118	116-117	132-133	140-141		65-66	115-117	115-116	130-131	139-140		71	119-120	118-120	134-135	140-141	50	
45	66-67	115-116	115	130-131	138-139		63-64	113-114	113-114	128-129	137-138		68-70	117-118	116-117	132-133	138-139	49	
40	64-65	113-114	113-114	128-129	136-137		61-62	111-112	111-112	126-127	135-136		66-67	116	115	130-131	136-137	48	
35	61-63	111-112	111-112	126-127	134-135		59-60	108-110	109-110	123-125	133-134		64-65	114-115	113-114	128-129	135	46	
30	59-60	109-110	108-110	123-125	131-133		56-58	106-107	106-108	121-122	130-132		61-63	111-113	110-112	126-127	133-134	44	
25	56-58	108-108	105-107	121-122	129-130		53-55	104-105	104-105	118-120	127-129		58-60	109-110	107-109	123-125	130-132	43	
20	53-55	103-105	103-104	118-120	126-128		51-52	101-103	101-103	116-117	124-126		55-57	106-108	105-106	121-122	127-129	42	
15	48-52	99-102	100-102	115-117	121-125		46-50	98-100	97-100	112-115	119-123		51-54	102-105	101-104	118-120	124-126	40	
10	43-47	94-98	94-99	111-114	116-120		40-45	92-97	92-96	107-111	115-118		46-50	97-101	97-100	114-117	117-123	37	
5	37-42	90-93	90-93	106-110	110-115		35-39	87-91	87-91	102-106	107-114		41-45	92-96	92-96	111-113	113-116	34	
4	35-36	87-89	88-89	104-105	106-109		33-34	84-86	84-86	100-101	104-106		38-40	90-91	91	110	110-112	32	
3	32-34	84-86	85-87	101-103	102-105		29-32	80-83	82-83	97-99	98-103		35-37	87-89	90	106-109	105-109	31	
2	28-31	80-83	82-84	96-100	96-101		26-28	75-79	76-81	93-96	95-97		31-34	85-86	87-89	103-105	97-104	29	
1	0-27	0-79	0-81	0-95	0-95		0-25	0-74	0-75	0-92	0-94		0-30	0-84	0-86	0-102	0-96	27	
N	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000		1,000	1,000	1,000	1,000	1,000		1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	N	
Med.	69,16	117,66	117,05	131,80	140,32		66,58	115,91	115,30	129,48	139,67		71,75	119,41	118,81	134,12	140,97	Med.	
D.t.	19,56	16,76	16,33	15,72	18,07		19,32	17,60	16,95	16,51	19,10		19,46	15,69	15,48	14,53	16,96	D.t.	

