

Creencias centrales en pacientes diagnosticados con trastornos del estado de ánimo depresivos en una muestra colombiana

Nora Helena Londoño Arredondoy María Isabel Ramírez Posada
Grupo de Investigación Estudios Clínicos y Sociales en Psicología de
la Universidad de San Buenaventura, Medellín.

Recibido: 08 /10/05 Aceptado:11/11/05

Resumen

El objetivo de este estudio fue identificar las creencias centrales de los trastornos de la personalidad en pacientes diagnosticados con trastornos del estado de ánimo depresivos, comparado con un grupo control en la ciudad de Medellín (Colombia). La investigación es de tipo analítico comparativo de casos y controles de corte transversal. Muestra: 87 personas, 43 conformaron el grupo casos (30 mujeres y 14 hombres) y 44 el grupo controles (36 mujeres y 7 hombres). Variables de análisis: creencias centrales de los trastornos de la personalidad obsesivo-compulsivo, pasivo-agresivo, histriónico, narcisista, esquizoide, límite y paranoide. Instrumentos: Entrevista estructurada M.I.N.I. y CCE-TP. Resultados: se identificaron diferencias significativas entre los grupos de estudio en las creencias centrales correspondientes a los trastornos de la personalidad obsesivo compulsivo ($p=0,000$), pasivo agresivo ($p=0,044$), límite ($p=0,020$), esquizoide ($p=0,036$) y paranoide ($p=0,016$), con puntajes superiores en las medias aritméticas obtenidas en las personas diagnosticadas con trastornos del estado de ánimo depresivo.

Palabras Clave: Creencias centrales, contenidos esquemáticos, perfil cognitivo, trastornos del estado de ánimo depresivo, trastornos de la personalidad.

Abstract

The purpose of the study was to identify the central beliefs of character disorders in patients diagnosed with depressive mood disorder, compared with a control group in the city of Medellín, Colombia. The method chosen is a transversal control case study.

Sample: 87 adults: 43 in the case study group (30 women and 14 men) and 44 in the control group (36 women and 7 men). Variables of analysis: central beliefs of the obsessive-compulsive, passive-aggressive, histrionic, narcissistic, schizoid, borderline and paranoid character disorders. Instruments: M.I.N.I structured interview and CCE-TP (Schematic Contents Questionnaire-Character Disorders). Results: significant differences were found between the research groups concerning the central beliefs in relation to the character disorders: obsessive-compulsive ($p=.000$), passive-aggressive ($p=.044$), (borderline $p=.020$), schizoid ($p=.036$) and paranoid ($p=.016$), with elevated marks in the arithmetic average in persons with depressive mood disorder diagnosis.

Key words: Central beliefs, schematic contents, cognitive profile, depressive mood character disorders, character disorders.

Introducción

La depresión mayor constituye un problema relevante en el primer nivel de atención médica, que a menudo no es reconocido ni se atiende eficientemente. Como quiera que se defina (como un síntoma, un síndrome, una enfermedad única o un espectro con diferentes manifestaciones), es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes, tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo. Su incidencia parece ir en aumento y se relacionan con el mayor uso de servicios médicos y con una amplia gama de incapacidades (Ordaz, 2005).

Los trastornos depresivos hacen parte de los trastornos del estado de ánimo, los cuales tienen como característica principal una alteración del humor. Están divididos en cuatro trastornos: trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de o haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores, el trastorno distímico por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cum-

plen los criterios para un episodio depresivo mayor (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002).

La comorbilidad (la coexistencia de más de un cuadro clínico) es muy frecuente en la depresión y prácticamente no hay patología mental que no se haya asociado con el trastorno afectivo (Florenzani, Carvajal y Weil, 1999). Las personas con trastorno depresivo mayor que mueren por suicidio llegan al 15%, aumentando la probabilidad en personas mayores de 55 años, puede ir precedido por un trastorno distímico en un 10%, y puede estar asociado con trastornos relacionados con sustancias, trastorno de angustia, trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno límite de la personalidad. El trastorno distímico puede ir asociado a los trastornos de la personalidad límite, histriónico, narcisista, por evitación y por dependencia, a la dependencia de sustancias y al estrés psicosocial crónico. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor varía entre 5 a 9% para las mujeres y entre el 2 y el 3% para los hombres. En el trastorno distímico la prevalencia puntual es aproximadamente del 3%, y el riesgo para presentar un trastorno depresivo mayor es del 75% (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002).

Los síntomas centrales con los siguientes: ánimo depresivo que en ocasiones puede ser de irritabilidad y también acompañarse de síntomas de ansiedad, reducción de la vitalidad y fácil fa-

tigabilidad, dificultad en la concentración y la memoria de hechos recientes, desinterés por las actividades habituales, enlentecimiento del pensar, tendencia al aislamiento, labilidad emocional, sensación de futuro funesto, ideas de muerte y/o suicidio. El componente psicótico puede expresarse en ideas delirantes de ruina, culpa o enfermedad, el compromiso psicomotor puede darse con agitación o enlentecimiento. Diversos síntomas de aspectos somáticos (cefaleas, trastornos digestivos, mareos, dolores variados como trastorno por somatización. Dentro del compromiso de los ritmos biológicos están los trastornos del sueño, la inapetencia, la baja o aumento de peso, la disminución de la libido, la constipación y el ritmo nictemeral de los síntomas (acentuación en la mañana y declinación en la tarde) (Florenzano et al., 1999).

La estrecha relación entre depresión y un número de rasgos y trastornos de la personalidad en general, ha sido objeto de mucha atención en la literatura psiquiátrica y psicológica. En algunos trabajos se encuentra que el 56% de los trastornos límites de la personalidad se asocian con la depresión mayor, y hay evidencia creciente de que la comorbilidad está asociada con un inicio más temprano, con síntomas más severos, mala evolución y mayor recurrencia del trastorno afectivo. Los trastornos de la personalidad y la depresión se mezclan con frecuencia, especialmente cuando la depresión se convierte en una enfermedad recurrente (Torija y Ordaz, 2005).

La depresión es un estado cualitativamente diferente de la tristeza ocasional o de un estado de ánimo «decaído» de carácter transitorio y no patológico. La premisa básica de la teoría cognitiva de Beck (1976), la más conocida dentro de la categoría de las teorías del procesamiento de la información, es que en los trastornos depresivos existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Las creencias erróneas y los falsos mitos abundan sobre este tópico. Las personas depresivas hacen una valoración excesiva sobre los sucesos negativos a los que se han visto expuestos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles,

mostrando lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa: una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (Beck, 2000). Todas estas experiencias que han sido tomadas como catastróficas, van generando una serie de pensamientos negativos hacia los demás y hacia sí mismos, que a su vez traen consigo sentimientos desagradables que les impiden una mejor relación con los otros. El estilo cognitivo negativo y la vulnerabilidad a la depresión se ha asociado con tres factores evolutivos esenciales: una historia previa de maltrato emocional en la infancia, un feedback negativo de los padres con respecto a las causas y consecuencias de eventos vitales negativos, y unas pautas parentales caracterizadas por baja expresión emocional y alto control psicológico (Alloy et al., 2004).

El diagnóstico de trastornos de la personalidad supone la presencia de patrones permanentes e inflexibles de experiencia interna y de comportamiento que se apartan acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tienen su inicio en la adolescencia o principios de la edad adulta, son estables a lo largo del tiempo, comportan malestar o perjuicios para el sujeto (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002). Con frecuencia estos pacientes se describen como víctimas de los otros o más globalmente del «sistema». A su vez suelen no darse cuenta de cómo llegaron a ser lo que son, de cómo contribuyen a crear sus propios problemas, ni tampoco saben como cambiar (Beck, Freeman y Davis, 1995). Algunas de las características de los pensamientos de las personas que presentan trastornos de la personalidad, son los ciclos viciosos de secuencias auto-derrotistas, tales como la constricción protectora, la distorsión cognitiva y la generalización comportamental, los cuales son procesos en los que los individuos restringen las oportunidades a los nuevos aprendizajes, tergiversando los eventos benignos y provocando reacciones por parte de los demás en los que se reactivan problemas generados en etapas tempranas (Young, 1999).

Los índices de comorbilidad del desorden de la personalidad del eje II son substanciales en los pacientes que sufren formas crónicas

de depresión. La comorbilidad del desorden de la personalidad del eje II no parece disminuir las respuestas sintomáticas al tratamiento agudo o la mejoría asociada en el funcionamiento y la calidad de la vida en estas personas, como lo reporta el estudio de Russell, Kornstein y Shea (2003), con una muestra de 635 pacientes diagnosticados con depresión recurrente o depresión doble (distimia). La relación entre la depresión y los desordenes de la personalidad fue estudiado también por Viinamaki et al. (2003), quienes analizaron la comorbilidad entre estos trastornos y la recuperación de la depresión. Los cambios fueron evaluados con el inventario de Beck, el inventario de depresión de Hamilton y el SCL-90. Esta investigación se desarrolló con 30 pacientes con depresión mayor y trastornos de la personalidad del grupo C y 60 pacientes con depresión mayor, con los cuales se realizó el seguimiento durante 24 meses. La investigación, mostró que los pacientes con depresión mayor y comorbilidad con trastornos de la personalidad tenían una recuperación menor que aquellos que sólo sufrían de depresión. Los análisis de regresión logística revelaron una asociación entre la falta de recuperación y la presencia de un trastorno de la personalidad del grupo C; finalmente, se asoció la presencia de trastorno de la personalidad del grupo C con la presencia de depresión mayor a los 24 meses.

Sandoval y Villamil (1999), realizaron una investigación sobre la comorbilidad de los trastornos depresivos y los trastornos de personalidad, en la cual encontraron que los trastornos de personalidad que más frecuentemente se han presentado como comórbiles son: el límite, el de evitación y el de dependencia, aunque no se pueden descartar el pasivo-agresivo, narcisista, histriónico y paranoide. Para ellos, el fenómeno de la comorbilidad se debe a que los trastornos de personalidad y los trastornos del estado de ánimo tienen un origen común en el individuo, y por lo tanto, facilita su presentación simultánea.

Método

Población y muestra

La población de referencia fueron las personas con diagnóstico de trastorno del estado de ánimo depresivo en Colombia. La muestra estuvo conformada por 87 personas residentes en el Valle de Aburrá, de las cuales 43 (49,3%) conformaron el grupo casos (30 mujeres y 14 hombres) y 44 (50,7%) el grupo control (36 mujeres y 7 hombres). Los participantes identificados como casos, fueron obtenidos de personas que asistieron a servicios de psiquiatría o psicología en los meses de Julio a Septiembre del 2003, mayores de 17 años, con diagnóstico de algún trastorno del estado de ánimo realizado por un profesional, ya fuera psicólogo o psiquiatra. Al interior del grupo 19 casos estaban diagnosticados con depresión mayor, 6 con distimia y 12 con diagnóstico comórbil depresión mayor – distimia. Los controles fueron elegidos por conveniencia, entre personas que no se encontraran recibiendo asistencia psiquiátrica o psicológica, no presentaran trastornos mentales severos o relacionados con trastornos del estado de ánimo. El número total de controles fue de 44 (36 mujeres y 7 hombres).

Diseño

El estudio que se realizó es de tipo analítico comparativo de casos y controles de corte transversal, en el que se compararon las creencias centrales de los trastornos de la personalidad en personas diagnosticadas con trastorno del estado de ánimo depresivo con un grupo control. Además, se realizó el análisis diferencial al interior del grupo casos (diagnosticados con depresión, con distimia y los que presentaron comorbilidad depresión-distimia) con relación a las variables de análisis.

VARIABLES DE ANÁLISIS

Las variables de análisis fueron las creencias centrales de los trastornos de la personalidad:

- Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo (1): Esta variable se define como las

creencias referentes a la perfección, las reglas y el orden. Estas personas tienen la idea de que para ser alguien valioso se debe evitar todo tipo de errores. El carácter compulsivo se caracteriza por un sentido de orden tanto en las cosas importantes como en las insignificantes.

- Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo (2): Esta variable tiene una tendencia a la rigidez obsesiva, a la postergación y el perfeccionismo. Estas personas creen que si las cosas no dependen de ellos mismos nunca llegarán a hacerse bien. Su mayor temor es llegar a ser acusados de imperfectos.
- Trastorno de la personalidad pasivo-agresivo: El eje central de esta variable es la autonomía, es por esta razón que estas personas sienten una gran ira al tener que someterse a los requerimientos de los demás. Buscan frustrar a los otros pero tratan al máximo de no desatar un conflicto abierto.
- Trastorno de la personalidad histriónico: En esta variable es notoria la necesidad de formar alianzas en las que estas personas sean el centro de atención. Consideran especiales a aquellas personas que les brinden atención, diversión y afecto.
- Trastorno de la personalidad narcisista: La variable expone un patrón habitual de grandiosidad, en donde no hay ninguna consideración por las necesidades de los otros. Ante la crítica o falta de admiración y respeto por parte de los demás, surgen sentimientos de rabia, vergüenza y humillación.
- Trastorno de la personalidad esquizoide: El rasgo más notorio en esta variable es la falta de relaciones interpersonales y la falta de deseo por tenerlas, puesto que creen que éstas coartarían su libertad, es por esta razón que evitan cualquier clase de compromisos.
- Trastorno de la personalidad límite: En esta variable se hace evidente la falta de metas claras y coherentes que conducen a acciones que resultan mal coordinadas e impulsos mal controlados. Estas personas necesi-

tan que los demás les proporcionen mucha protección y seguridad, lo que los vuelve exageradamente sensibles a la separación.

- Trastorno de la personalidad paranoide: Esta variable se caracteriza por una tendencia persistente y sin una base real, a interpretar las acciones de los otros como humillantes o amenazantes. La estrategia principal de estas personas es la desconfianza y se perciben a sí mismos como celosos.

Instrumentos

Uno de los instrumentos utilizados es el M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview) de Sheehan y Lecrubier (1998), entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DMS-IV y el ICD-10. Para esta investigación se utilizó el módulo A que evalúa episodio depresivo mayor y el módulo B, que evalúa distimia.

El Cuestionario de Creencias centrales CCE-TP, fue diseñado por Londoño, Maestre, Marín, Schnitter, Ferrer, Castrillón, Chaves, en la ciudad de Medellín validándolo en el año 2003. Este cuestionario consta de 29 ítems y evalúa 8 factores (creencias centrales). El marco teórico de referencia para su creación, fue la teoría de Beck et al. (1995), para los trastornos de la personalidad. Los ítems se puntúan según una escala tipo Likert de 6 valores, representando las creencias y el grado en que éstas lo describe. Para su calificación se tiene en cuenta la suma de los ítems de cada factor (esquemas) obteniéndose la puntuación directa.

Resultados

Análisis descriptivo de la muestra

La edad de los participantes estuvo comprendida entre los 17 y 51 años de edad. La mayoría de las personas eran solteras (51,2% de los casos y 56,8% de los controles), seguidos por los casados o en convivencia (11,6% de los casos y 22,7% de los controles). El estrato socioeconómico más representativo tanto en casos como en controles fue el 3 y el 4.

Tabla 1. Estadísticas descriptivas de las variables demográficas.

Variable	Valor	Casos n = 43				Controles n = 44			
		n	%	Media	Ds.	n	%	Media	Ds.
Edad	17 – 20 años	8	18,6	30,6	10,3	9	20,5	30,6	12,2
	21 – 25 años	8	18,6			16	36,4		
	26 – 30 años	5	11,6			2	4,5		
	31 - 35 años	6	14,0			5	11,4		
	36 - 40 años	6	14,0			4	9,1		
	41 – 45 años	1	2,3			1	2,3		
	46 - 50 años	2	4,7			3	6,8		
	51 o más años	1	2,3			4	9,1		
Sexo	Femenino	36	83,7	---	---	30	68,2	---	---
	Masculino	7	16,3			14	31,8		
Estrato socio-económico	1-2	5	11,6	---	---	2	4,5	---	---
	3-4	19	44,2			21	27,7		
	5-6	5	11,6			6	13,6		
Estado Civil	Soltero	22	51,2	---	---	25	56,8	---	---
	Casado	5	11,6			10	22,7		
	Separad	2	4,7			1	2,3		
	Viudo	1	2,3			2	4,5		

Los participantes del estudio que tenían el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo, se encontraban divididos de la siguiente manera: el 8,1% de las personas presentaban distimia, el

22,1% de las personas presentaban depresión mayor y el 18,6% de los participantes mostraban comorbilidad entre distimia y depresión mayor.

Tabla 2. Análisis de frecuencia del grupo control y el grupo experimental.

	Frecuencia	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
<i>Control</i>	44	51,2%	51,2%
<i>Distimia</i>	7	8,1%	59,3%
<i>Depresión Mayor</i>	19	22,1%	81,4%
<i>Comorbilidad Distimia Depresión mayor</i>	16	18,6%	100,0%
TOTAL	86	100,0%	

Análisis comparativo de los grupos

Los resultados de este estudio arrojaron la presencia de forma significativa de algunas creencias centrales de los trastornos de la personalidad en pacientes con trastorno del estado de ánimo depresivo. Las creencias centrales que mostraron diferencias significativas al compa-

rar el grupo de casos con el grupo control fueron las referidos a los trastornos de la personalidad obsesivo – compulsivo ($p=0,000$), pasivo – agresivo ($p=0,044$), esquizoide ($p=0,036$), límite ($p=0,020$) y paranoide ($p=0,016$), con puntuaciones superiores en las medias estadísticas del grupo casos.

Tabla 3. Estadística descriptiva de las creencias centrales de los trastornos de la personalidad.

<i>Creencias centrales de los trastornos de la personalidad</i>	<i>Casos N = 43</i>		<i>Controles N = 44</i>		<i>U de mw</i>	<i>p</i>
	<i>Media</i>	<i>D.E.</i>	<i>Media</i>	<i>D.E.</i>		
Obsesivo – compulsivo (1)	13,4	6,2	6,7	2,9	211,000	0,000**
Obsesivo – compulsivo (2)	6,1	2,2	5,4	2,4	511,500	0,177
Pasivo – agresivo	10,9	3,3	9,2	3,6	452,500	0,044*
Histriónico	16,7	5,0	17,8	5,4	494,500	0,239
Narcisista	8,5	5,5	7,1	2,6	516,000	0,345
Esquizoide	9,3	3,9	7,3	3,3	420,500	0,036*
Límite	14,6	5,6	11,7	5,2	427,000	0,020*
Paranoide	22,3	8,1	17,5	7,3	406,500	0,016*

D.E. Desviación Estándar

**Diferencia altamente significativa, $p < 0,010$

*Diferencia significativa, $p < 0,050 > 0,011$

No se encontraron diferencias significativas en cuanto a las creencias centrales de los trastornos de la personalidad al realizar el análisis comparativo al interior de los grupos con relación al diagnóstico: depresión mayor, distimia y comorbilidad depresión mayor y distimia. Específicamente, el grupo depresión mayor presentó diferencias significativas con el grupo con-

trol en las creencias centrales del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo ($p=0,000$), y el grupo comórbil mostró diferencias significativas con el grupo control en las creencias del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva ($p=0,001$), el esquizoide ($p=0,029$) y el paranoide ($p=0,021$).

Tabla 4. Estadísticas descriptivas de los trastornos del estado de ánimo.

<i>Creencias centrales de los trastornos de la personalidad</i>	<i>Depresión mayor</i> N= 17	<i>Distimia</i> N= 5	<i>Comorbilidad</i> N= 10	<i>Control</i> N=44	<i>p</i>
	<i>Media (D.E.)</i>	<i>Media (D.E.)</i>	<i>Media (D.E.)</i>	<i>Media (D.E.)</i>	
Obsesivo-compulsivo (1)	14,1(6,5)	10,8 (5,4)	13,5 (6,4)	6,7 (2,9)	0,000 **
Obsesivo-compulsivo (2)	6,4 (1,9)	4,6 (2,2)	6,4 (2,8)	5,4 (2,4)	0,240
Pasivo – agresivo	10,5 (3,2)	11,6 (2,9)	11,1 (3,71)	9,2 (3,6)	0,232
Histriónico	16,3 (5,4)	20,0 (6,2)	16,1 (4,2)	17,8 (5,4)	0,474
Narcisista	8,4 (7,5)	7,4 (3,7)	9,0 (2,0)	7,1 (2,6)	0,521
Esquizoide	8,8 (3,6)	7,6 (3,1)	10,9 (4,6)	7,3 (3,3)	0,036 *
Límite	14,2 (5,3)	13,8 (8,2)	15,6 (5,0)	11,7 (5,2)	0,145
Paranoide	20,0 (8,5)	23,2 (7,3)	25,5 (7,2)	17,5 (7,3)	0,020 *

D.E. Desviación Estándar.

**Diferencia altamente significativa, $p < 0,010$

* Diferencia significativa, $p < 0,050 > 0,010$

Discusión

A través de los resultados en esta investigación, se identificó que las personas con diagnóstico depresivo presentan creencias que son específicas a ciertos trastornos de personalidad. En primer lugar, se identificó en los pacientes depresivos un estilo cognitivo de exigencia con grado muy elevado de rigidez y perfección frente a sí mismo y hacia los demás (creencias centrales del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo), siendo uno de los componentes que más altera su estado de ánimo. Creencias como «busco orden y reglas para que la tarea se realicen bien», «tiendo a ser meticuloso para que todo funcione bien», «busco ser muy competente para no fracasar» y «los detalles son extremadamente importantes», se relacionan con lo planteado por Beck et al. (1995) sobre la rigidez, perfeccionismo y fuerte necesidad de tener el control de sí mismo, de su ambiente y de sus emociones. Estos esquemas los lleva a sentirse abruma-

dos, desesperanzados y deprimidos cuando pierden el control de sus vidas y cuando sus mecanismos habituales de control resultan ineficaces. Pueden generar una depresión de inicio temprano como lo plantean Russell, Kornstein y Shea (2003), ante condiciones de estrés de no logro o de pérdida de control. En la investigación de Viinamaki et al. (2003), sobre la relación que existe entre la depresión y el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, puede indicar en ambos la presencia de estructura cognitiva rígida y poco flexible.

Por otro lado, las personas con un trastorno depresivo se sienten atacadas e incomprendidas por los demás, siendo los otros los causantes de su propio sufrimiento (creencias centrales del trastorno de la personalidad pasivo-agresivo). Se encontró que algunas de las creencias más típicas que presentan los pacientes depresivos son: «considero que las personas con autoridad son muy controladoras», «creo que las personas con

autoridad tienden a ser intrusivas y entrometidas» y «ser controlado o dominado por los demás es intolerable». El estilo cognitivo reflejado, refiere la insatisfacción social y, por lo tanto, una valoración negativa de los otros como lo refiere la tríada cognitiva de la depresión.

Otras de las creencias centrales más representativas encontradas en los depresivos fueron: «siento que las relaciones limitan mi libertad», «me incomoda sentir que tengo compromisos con las personas» y «evito tener compromisos con los demás», creencias centrales del trastorno de la personalidad esquizoide. Beck et al. (1995) plantean que los esquizoides se sienten cómodos con un estilo de vida distanciado, pueden deprimirse cuando se dan cuenta de que son anormales y que no se adecuan a la sociedad. No desean verdaderamente la proximidad o intimidad con los demás, pero consideran que deben luchar por un estilo de vida más convencional. Quizá se cansen de estar afuera, mirando por la «ventana», además, su creencia de que la vida carece de sentido y utilidad lo cual pueden exacerbar su depresión.

Algunas personas con un trastorno depresivo, tienen poco control sobre sus propios impulsos, son irritables y presentan un temor constante a la soledad (perfil límite), siendo este temor uno de los componentes que más alteran el estado de ánimo de estas personas y el que impide un buen desarrollo de sus relaciones interpersonales. Millon y Davis (2000) plantea acerca de las características del perfil límite que éstos se lamentan de su estado y de su desesperada necesidad de que los demás atiendan sus molestias físicas, dolores e incapacidades. En otros el cuadro depresivo se caracteriza menos por la presencia de actitudes críticas y exigentes y más por los sentimientos de vergüenza y culpa. Entre las creencias más propias de estas personas se encuentran «no soporto el aburrimiento», «es horrible que las personas no sean amigables conmigo», «es terrible que la gente me ignore» y «no tolero la soledad». Otros estudios han encontrado similares resultados; para Kroll y Ogata (1987) fue evidente la relación que existía entre los trastornos afectivos y el trastorno lími-

te de la personalidad, y Gunderson y Elliot (1985) encontraron en sus estudios una conexión entre los dos diagnósticos, por lo que sugirieron que ambos trastornos tenían un origen común. Sandoval y Villamil (1999) plantearon que en la personalidad límite se encuentran síntomas depresivos tales como las variaciones en el estado de ánimo y los intentos suicidas.

Aunque no hay evidencias muy claras con respecto a la relación existente entre los trastornos del estado de ánimo y el trastorno de personalidad paranoide, algunos investigadores sugieren su conexión (Sandoval y Villamil, 1999). En la actual investigación se obtuvo una puntuación significativa para este perfil, lo cual esta acorde con lo mencionado por los anteriores investigadores. Los pacientes depresivos presentan creencias paranoides, se consideran excesivamente desconfiados y suspicaces, y tienden a estar en guardia frente a las posibles intenciones negativas que los otros pueden tener y el efecto emocional que les generaría. Adoptan una actitud de vigilancia constante en donde se duda sobre las intenciones de los otros y se requiere estar listos para contraatacar. Las cogniciones referente a los otros, medidas en personas que han sido maltratadas física y sexualmente, han mostrado una correlación elevada con los trastornos depresivos, en donde las cogniciones maladaptativas de desconfianza y abuso se mantienen en los adultos depresivos (Kaysen, Scher, Mastnak y Resick, 2005). La duda generada frente a la inestabilidad afectiva llevan a perturbar aún más su estado de ánimo. Las creencias paranoides más específicas encontradas en el grupo casos son «no confío en otras personas», «soy una persona desconfiada», «estoy constantemente en guardia», «tiendo a ser receloso y desconfiado», «estoy alerta para que los demás no traten de usarme o manipularme» y «soy suspicaz».

Con lo encontrado en el presente estudio, se podría tener en cuenta lo que dicen Sandoval y Villamil (1999) y Florenzano et al. (1999), referente a que cualquier persona con o sin un trastorno de personalidad u otros trastornos psiquiátricos, puede presentar un trastorno del estado de ánimo. Sin embargo, la prevalencia de las

creencias centrales de algunos trastornos de personalidad que se han encontrado en los pacientes con trastornos del estado de ánimo, insinúan la influencia del estilo cognitivo negativo como componente de la vulnerabilidad cognitiva de la depresión. El estilo cognitivo negativo reflejado en las creencias centrales de los trastornos de la personalidad, puede insinuarse que se han asociado con historia previa de maltrato emocional en la infancia, un feedback negativo de los padres con respecto a las causas y consecuencias de eventos vitales negativos, y unas pautas parentales caracterizadas por baja expresión emocional y alto control psicológico, tal como lo plantean Alloy et al. (2004). Esto es planteado dado la estabilidad de los rasgos a través del tiempo y los contenidos esquemáticos referentes a esquemas maladaptativos constituidos en la infancia.

Conclusiones

En la presente investigación se encontró que las creencias centrales que más presentan las personas con trastorno depresivo son las referentes a los trastornos de la personalidad obsesivo-compulsivo, pasivo-agresivo, esquizoide, límite y paranoide.

Los pacientes depresivos presentan un estilo cognitivo caracterizado por creencias de exigencia, rigidez y perfección frente a sí mismo y hacia los demás, creencias centrales del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo. Pensamientos como «busco orden y reglas para que la tarea se realicen bien», «tiendo a ser meticuloso para que todo funcione bien», «busco ser muy competente para no fracasar» y «los detalles son extremadamente importantes», fueron significativas en estos pacientes.

Por otro lado, las personas con un trastorno depresivo se sienten atacadas e incomprendidas por los demás, siendo los otros los causantes de su propio sufrimiento, creencias centrales del trastorno de la personalidad pasivo-agresivo. Algunas de las creencias más típicas que presentan los pacientes depresivos son: «considero

que las personas con autoridad son muy controladoras», «creo que las personas con autoridad tienden a ser intrusivas y entrometidas» y «ser controlado o dominado por los demás es intolerable».

Otras de las creencias centrales más representativas encontradas en los depresivos fueron: «siento que las relaciones limitan mi libertad», «me incomoda sentir que tengo compromisos con las personas» y «evito tener compromisos con los demás», creencias centrales del trastorno de la personalidad esquizoide.

Algunas personas con un trastorno depresivo, tienen poco control sobre sus propios impulsos, son irritables y presentan un temor constante a la soledad. Entre las creencias más propias de estas personas se encuentran «no soporto el aburrimiento», «es horrible que las personas no sean amigables conmigo», «es terrible que la gente me ignore» y «no tolero la soledad», creencias centrales del trastorno de la personalidad límite.

Los pacientes depresivos presentan creencias paranoides, se consideran excesivamente desconfiados y suspicaces, y tienden a estar en guardia frente a las posibles intenciones negativas que los otros pueden tener y el efecto emocional que les generaría. Adoptan una actitud de vigilancia constante en donde se duda sobre las intenciones de los otros y se requiere estar listos para contraatacar. Las creencias paranoides más específicas encontradas en el grupo casos fueron «no confío en otras personas», «soy una persona desconfiada», «estoy constantemente en guardia», «tiendo a ser receloso y desconfiado», «estoy alerta para que los demás no traten de usarme o manipularme» y «soy suspicaz».

No se encontraron diferencias significativas en los contenidos esquemáticos de acuerdo con el diagnóstico: depresivos, distímicos y con comorbilidad depresión-distimia. Esto confirma la hipótesis causal de las teorías sobre la depresión del Modelo de la Terapia Cognitiva sobre la influencia de los esquemas en la activación sintomática de la depresión, sin diferenciación diagnóstica.

Referencias

- Alloy, L., Abramson, L., Gibb, B., Crossfield, A., Pierraci, A., Spasojevic, J. y Steinberg, J. (2004). Developmental antecedents of cognitive vulnerability to depression: Review of findings from the cognitive vulnerability to depression project. *Journal of Cognitive Psychotherapy: Anual International Quarterly*, 18, 115-133.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive theory and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (2000). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Descée de Brouwer.
- Beck, A, Freeman, A. y Davis, D. D.(1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Florenzano, R., Carvajal, C. y Weil, K. (1999). *Psiquiatría*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Gunderson, J. G. y Elliot, G. R. (1985). The Interface Between Borderline Personality Disorder and Affective Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 142, 277-288.
- Kaysen, D., Scher, C., Mastnak, J., y Resick, P. (2005). Cognitive mediation of childhood maltreatment and adult depression in recent crime victims. *Journal of Behavior Therapy*, 36, 235-244..
- Kroll, J. y Ogata S. (1987). The relationship of borderline personality disorder to the affective disorders. *Psychiatric Developments*, 2,105-128.
- Londoño, N., Maestre, K. y Marín, C. (2003). *Propiedades psicométricas y validación estructural del cuestionario de contenidos esquemáticos de los trastornos de la personalidad (CCE-TP), en población universitaria de la ciudad de Medellín- Colombia*. Maestría en psicología. Trabajo de Grado. Universidad de San Buenaventura. Medellín.
- Millon, T. y Davis, R. D. (2000). *Trastornos de la Personalidad. Mas Allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Ordaz, D. (2005). Depresión. *Programa de actualización en Psiquiatría. Thomson PLM*, 1, 3-30.
- Russell, J. M., Kornstein, S. G. y Shea, M. T. (2003). Chronic depression and comorbid personality disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 554-561.
- Sandoval, L. X. y Villamil, V. (1999). La comorbilidad de los trastornos depresivos y los trastornos de la personalidad. *Revista de Salud Mental*, 22, 34-40.
- Sheehan, D. y Lecrubier, Y. (1998). *Mini international neuropsychiatric interview. M.I.N.I.* Versión en Español 5.0 DSM-IV. Tampa: University Of South Florida.
- Torija L. L. y Ordaz, D. (2005). Depresión resistente al tratamiento. *Programa de actualización en Psiquiatría. Thomson PLM*, 1, 3-30.
- Viinamaki, H., Tanskanen, A., Koivumaa-Honkanen, H., Haatainen, K., Honkalampi, K., Antikainen, R. y Hintikka, J. (2003). Cluster C personality disorder and recovery from major depression: 24-month prospective follow-up». *Journal Personality Disorder*, 17, 341-350.
- Young, J. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Sarasota, Fl.: Professional Resource Press.

