

11241

4

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO
ÁLVAREZ

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD
DE PSIQUIATRÍA

NOMBRE DEL PROYECTO:

“PERFIL DE PERSONALIDAD EN PAREJAS DE
PACIENTES DEPRIMIDOS”

ALUMNA: Dra. María Cristina Alvarez Almader

ASESORES:

Dr. Francisco Luna Soria
(TEÓRICO)

Dr. Fernando Corona Hernández
(METODOLOGICO)

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.
Dr. Jesus Gutierrez Aguilar
(METODOLOGICO)

SECRETARÍA DE SALUD
SECRETARÍA DE ESTADOS
SECRETARÍA DE ECONOMÍA
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
SECRETARÍA DE ENERGÍA
SECRETARÍA DE FOMENTO ECONÓMICO
SECRETARÍA DE GOBIERNO FEDERAL
SECRETARÍA DE HACIENDA Y CREDITO PÚBLICO
SECRETARÍA DE INDUSTRIA, COMERCIO Y CALIDAD
SECRETARÍA DE LABORES
SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE Y ENERGÍA
SECRETARÍA DE PLANEACIÓN ECONOMICA
SECRETARÍA DE PROMOCIÓN SOCIAL
SECRETARÍA DE TURISMO
SECRETARÍA DE VIVIENDA Y OBRAS PÚBLICAS
SECRETARÍA DE CULTURA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MÉXICO, D.F., FEBRERO DE 2002

[Handwritten signature]
DR. JESUS GUTIERREZ AGUILAR



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

I.	RESUMEN.....	3
II.	MARCO TEÓRICO.....	5
III.	JUSTIFICACIÓN.....	18
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
V.	OBJETIVOS.....	19
VI.	METODOLOGÍA.....	20
VII.	RESULTADOS.....	26
VIII.	DISCUSIÓN.....	31
IX.	BIBLIOGRAFÍA.....	35

RESUMEN

El presente estudio trata de encontrar una correlación entre los trastornos depresivos y el perfil de temperamento y carácter en parejas, buscando encontrar a el perfil de personalidad como factor agravante en la enfermedad depresiva.

Se llevó a cabo una evaluación de 30 parejas de sujetos en las cuales uno de los dos padecía de un trastorno depresivo, diagnosticado de acuerdo a los criterios del CIE 10 y del DSM IV, de igual forma se les aplico la escala de Hamilton para depresión, por otro lado se procedio a aplicar el Inventario de Temperamento y carácter, al sujeto supuestamente sin enfermedad depresiva, encontrandose los siguientes resultados: Se estudiaron un total de 30 parejas de paciente con el Dx de depresión a las que se les aplico el ITC encontrandose que fueron 11 de sexo femenino (37%) y 19 de sexo masculino (63%). En cuanto a la distribución por ocupación se encontro que el 63.3% correspondio a No profesionistas, el 10.33 % fueron profesionistas y el 20 % correspondio a el hogar. En relación a los pacientes la edad promedio fue de 31.7, en relación a la

puntuación de la escala de Hamilton fue de 23.93 +/- 7.78. Dentro de los resultados del ITC encontramos que existe una disminución marcada en las subescalas para carácter en relación a la traducción en pacientes mexicanos , en las escalas de temperamento del inventario se encontro disminución de los resultados de la muestra solamente en la subescala de Búsqueda de la novedad en las subescalas de Evitación al daño y Dependencia a la recompensa se encontro un aumento significativo en relación a la traducción en pacientes mexicanos.

MARCO TEORICO

El médico británico Aubrey Lewis observó que la historia y tratamiento de la melancolía podría ser en realidad la historia de la propia psiquiatría.

La depresión existe desde la antigüedad puesto que pueden encontrarse descripciones de lo que hoy conocemos como trastornos del estado de ánimo en textos muy antiguos. La historia del rey Saúl en el Viejo Testamento describe un síndrome depresivo, así como lo hace también el suicidio de Ajax en la Iliada de Homero. Aproximadamente en el 400 a.C., Hipócrates utilizó el término de "melancolía y manía " para designar trastornos mentales. En el 30 a.C., Aulus Cornelius Celsus describió la melancolia en su texto De-re-medicina, como una depresión causada por la bilis negra. El término siguió siendo utilizado por otros autores médicos como Areteo (120-180), Galeno (129-199), y Alexander de Tralles en el siglo VI. El médico judío Moses Maimónides en el siglo XII consideró a la melancolía como una enfermedad concreta. (1)

La depresión es un síndrome con alto índice de frecuencia en la consulta diaria.

Se considera actualmente que de cada 10 pacientes que llegan al consultorio del médico general, uno padece de depresión .

En 1997, algunas apreciaciones, más bien conservadoras, señalaban que más de 150 millones de personas en el mundo presentaban depresión que requería tratamiento específico.(18) Existe una prevalencia estimada de 15 % y quizás en las mujeres esta ascienda a 25 %. Entre los factores etiológicos más importantes de la enfermedad encontramos: factores biológicos como alteración de las aminos biogénicas, en la regulación neuroendócrina, trastornos del sueño, Kindling, alteraciones de los ritmos circadianos, alteración de la regulación neuroinmune, factores genéticos y factores psicosociales.(2)

Ningún rasgo de personalidad único ninguna tipología específica predisponen a un sujeto a la depresión .

Sigmund Freud postuló la relación entre la pérdida del objeto y la melancolía. Él sugirió que la ira de los pacientes deprimidos se dirige hacia el interior debido a la identificación con el objeto perdido. Durante el trastorno depresivo al contrario de otros síntomas atípicos, la sensibilidad patológica a la percepción del rechazo interpersonal es un rasgo que aparece precozmente y persiste durante la mayor parte de la vida adulta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La sensibilidad al rechazo ocurre tanto cuando la persona está deprimida como cuando no lo está, aún que pueda exacerbarse durante los períodos depresivos. Los problemas que resultan de la sensibilidad al rechazo deben ser de la suficiente importancia como para provocar un deterioro funcional. Puede haber relaciones conflictivas con incapacidad para mantener una relación duradera. También puede haber evitación de las relaciones debido al temor al rechazo interpersonal. El hecho de ser ocasionalmente susceptible o hiperemotivo no se considera una manifestación de la sensibilidad al rechazo interpersonal .(3)

De acuerdo a la teoría de Cloninger de personalidad, todos los aspectos de personalidad interactúan, influyendo a la susceptibilidad para depresión. La alta evitación al daño es un predictor que incrementa la susceptibilidad para depresión, así como para ansiedad. La existencia alta de la evitación al daño así como la búsqueda de la novedad evita internamente la aproximación al conflicto que hace difícil ser feliz.

Esta combinación también impide una madurez en el desarrollo de el carácter así los individuos con este temperamento se espera que sean inmaduros y distímicos. En contraste individuos con alta dependencia a la recompensa, están predispuestos a ser sensibles al aislamiento social, lo cual

les produce disforia con hipercortisolemia, pero también ser cooperativos y más maduros. (10,16).

Los rasgos de personalidad son pautas de pensamiento, percepción, reacción y modo de relación relativamente estables a lo largo del tiempo y en situaciones diversas. Los trastornos de personalidad tienen lugar cuando dichos rasgos son tan rígidos e inadaptados que afectan al modo de desenvolverse una persona social o laboralmente. Estas características y sus posibles consecuencias sobre la adaptación suelen ser evidentes desde una edad adulta temprana y persisten a lo largo de gran parte de la vida del individuo. (19)

Los trastornos de la personalidad (TP), son frecuentes en el ejercicio de la medicina y la psiquiatría. Estos individuos a menudo exigen tratamientos a sus numerosas quejas, a la vez que se resisten a las recomendaciones terapéuticas adecuadas. Su falta de colaboración puede ocasionar extrañamiento y posiblemente rechazo de los profesionales de la atención a la salud. Las necesidades con frecuencia enormes de estos sujetos por su engrandecimiento, su capacidad disminuida para comprender y respetar las necesidades de los demás. Estos individuos están limitados en cuanto a su capacidad para compartir cosas con otras personas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La falta de habilidad para constituir relaciones maduras y duraderas pueden originar escaso contacto social, soledad y depresión, que quizás explica el gran número de intentos suicidas entre personas divorciadas o separadas. En estas personas los factores desencadenantes en las tensiones que inevitablemente resultan de la disolución de una relación aun que fuera problemática, y la carga que supone establecer un nuevo estilo de vida y nuevos vínculos. (3)

Comenzando por la definición de Trastornos de la personalidad, encontramos que, si bien los rasgos de personalidad son las pautas duraderas de percibir, relacionarse y concebir el entorno y a uno mismo, éstos se convierten en trastornos cuando son inflexibles y desadaptados.

En consecuencia es siempre en relación al contexto interpersonal como se manifiestan los trastornos de la personalidad, lo cual significa indefectiblemente el fracaso en la relación de pareja, para la que se necesita una capacidad de empatía y, al mismo tiempo, de respeto a los límites de los que, carece el sujeto afecto de un trastorno de personalidad.

El concepto de trastorno de personalidad engloba aspectos de tres áreas diferentes de la psicopatología: una manifestación fenomenológica de

síntomas, unos mecanismos de defensa psicodinámicos y unas pautas conductuales; y se sitúa en un escalón intermedio entre la neurosis y la psicosis, por lo que la interacción de la dinámica de la pareja se hace en los tres niveles referidos, lo que confiere una mayor entidad a la conflictiva, reforzando los rasgos disfuncionales de cada uno, no amalgamándolos (4,23)

Al igual que lo descrito en la folie á deux, en la que las patologías de los integrantes del par son las que proporcionan la aparición del trastorno, en la pareja formada por dos personas afectadas con trastorno de personalidad se establece un vínculo morbosos, hecho de dependencias patológicas, que mantienen y alientan las características trastornadas de la personalidad lo cual se proyectará con mayor intensidad en todos los demás ámbitos, amén del de la pareja propiamente dicho, creando, si cabe, mayor malestar individual a cada uno de ellos.

Siguiendo el modelo propuesto para la folie á deux, encontramos que por las características de los trastornos de la personalidad también podemos clasificar estas relaciones de pareja morbosas en dos grupos, uno en el que se puede considerar que hay un trastorno de personalidad con características para funcionar como inductor y un trastorno de personalidad con características para funcionar como inducido, y otro grupo en los que los

trastornos de la personalidad se reconoceran como similares, compartiendo, en consecuencia, los rasgos de el trastorno.

Las características del que llamamos inductor se identificarán también como miembro más activo en la relación, que toma la iniciativa pero sólo desde un punto de vista social, ya que el inducido es más bien miembro pasivo en la relación que en principio se deja llevar, cede a la seducción aparentemente, pero también ha puesto en marcha sus propios mecanismos para cubrir sus necesidades afectivas

Evidentemente, la situación parece funcionar hasta que el otro miembro de la pareja (dada la incapacidad de empatía) también pasa a ser percibido como insoportable, pero por la otra característica mencionada (fusión de límites interpersonales) se es incapaz de salir de la situación disolviendo la unión que ya ha pasado a constituir el caldo de cultivo que hace proliferar los rasgos anómalos.

Para estudiar la dinámica de la pareja, S.R. Marks (1989) ha elaborado un modelo teórico que analiza el funcionamiento del yo en el matrimonio: concibe a un yo dinámico dentro de un sistema integrado de tres esquinas. En una primera esquina situa el yo interno (la interioridad del sujeto cargada de

impulsos deseos y energías). En la segunda esquina reside el compañerismo, o parte del yo que voluntariamente entiende y se coordina con el - compañero primario. La tercera esquina representa cualquier factor externo a la relación conyugal: relaciones laborales, amistades, familiares cercanos, profesionales de la salud, etc.(5)

El movimiento constante del yo entre estas tres esquinas confiere unidad sistémica. Según predomine la orientación del yo hacia uno y otro polo en cada uno de los miembros de la pareja, se identifican cuatro tipos básicos de configuración matrimonial : 1) en la fusión romántica, ambos cónyuges se centran en sus respectivas y recíprocas esquinas de compañerismo; 2) en el modelo de dependencia-distanciamiento sólo uno de los cónyuges tiende hacia la esquina de compañerismo mientras que el otro se distancia hacia una tercera esquina independiente; 3) en la configuración de separación, ambos cónyuges se orientan principalmente hacia una tercera esquina independiente y no coincidente y 4) en la conexión, se concibe un equilibrio entre las tres esquinas en ambos conyuges. Son patrones flexibles que pueden alternar a lo largo del ciclo de una misma pareja.

Por otra parte son tres las que Sternberg (1989) ha identificado como principales estructuras de la unidad fundada por la pareja en base al -

sentimiento amoroso:

- Intimidad

 - Acercamiento

 - Vínculo

 - Conexión.

- Pasión:

 - Necesidad del otro.

- Compromiso;

 - Decision de amar

 - Capacidad de hacerse cargo de la relación

En relación a la familia, está influye tanto en el desarrollo como en el curso que toma la depresión, de por lo menos 3 maneras.

Primero, el estilo de vida de una familia define de manera decisiva los patrones que sigue una persona para comer, beber, así como para el uso del tabaco, alcohol y otras drogas. Las actitudes hacia el tamaño corporal, la limpieza y las medidas sanitarias preventivas que se aprenden a una edad temprana y se refuerzan dentro del concepto familiar. Segundo, una familia puede influir en la salud o enfermedad de sus miembros mediante patrones de interacción. Tercero, la familia puede actuar como un amortiguador para cierto tipo de enfermedades. (2,6.22)

Existe debate acerca de si los trastornos psiquiátricos tienen igualdad de alcance en la seguridad nacional de salud, esto ha conducido a nuevos intereses en las consecuencias sociales de los trastornos psiquiátricos. Algunos estudios demuestran que las enfermedades mentales tienen costos sustanciales tanto personales como sociales y el deterioro producido por estas enfermedades es grande y se asocia a serias alteraciones crónicas físicas. Entre las consecuencias sociales más importantes : un inicio más temprano del trastorno psiquiátrico que trae como consecuencia logros educacionales truncados alto riesgo de matrimonios tempranos en adolescentes. Se ha reportado también, que hay un incremento de divorcios en parejas que presentan una enfermedad psiquiátrica así como una disminución en el número de años de matrimonio. (7)

La ausencia de una relación cercana y confidencial se ha identificado como un factor de riesgo para la depresión en mujeres bajo circunstancias adversas. La discordia marital también se ha identificado como un factor de riesgo en depresión inicial o sostenida en las mujeres.

Investigaciones recientes han sugerido que los matrimonios con un esposo deprimido se asocian a una escasez de intimidad y disminución de la autoestima.(8).

Un estudio realizado en la Universidad de Washington en 1990 , en parejas en las que la mujer estaba deprimida, sugirió que la disfunción marital, aun más que la depresión per se podría ser responsable de los patrones de interacción disfuncional frecuentemente observados en parejas deprimidas. (9).

En general el trastorno depresivo mayor se observa más frecuentemente en personas que no tienen relaciones interpersonales íntimas, o que están separadas o divorciadas. El trastorno bipolar I puede ser más común entre personas solteras y divorciadas que entre personas casadas, pero esta diferencia puede ser el reflejo de una edad de inicio temprana y de los problemas matrimoniales que genera un trastorno de este tipo.

En un estudio realizado en 23 parejas adultos casados con personas con patología bipolar se encontró que 5 pacientes (22%) cubrían criterios para un diagnóstico de trastorno de la personalidad del eje II , otros 3 pacientes cubrían criterios para un "probable" trastorno de personalidad del eje II en la encuesta para trastornos de la personalidad, 8 de 23 pacientes (35%) tuvieron por lo menos un probable diagnóstico de la personalidad del eje II. (12)

En algunas ocasiones la forma en la que el sujeto puede defenderse de tendencias depresivas latentes, es a través de la parcialización de sus elecciones amorosas con tal de conservar la relación intensa con un objeto bueno protector y poderoso. Así disponer de varios objetos con los cuales el sujeto establece modos muy distintos de relación, con límites estrictos, permite hacer frente más fácilmente a uno de ellos.

La estrategia defensiva inconsciente podría compararse en este caso con la del que tiene pequeños ahorros, que invierte sus economías de diferentes maneras para evitar el riesgo de perderlas todas.(13)

En relación a la psicoterapia de la depresión se ha encontrado que en los conflictos diádicos , no resueltos los pacientes que lo presentan se rehusan a tener hijos y procuran mantenerse siempre "limpios" y bajo control. Suelen permanecer solteros o tener matrimonios o relaciones interpersonales de corta duración.

Al llegar a la vida adulta los pacientes con una depresión triádica (relacionada con un padre agresivo con el o con la madre el la infancia), este tipo de pacientes deprimidos desconfían de la autoridad o los valores sociales (religión, matrimonio o familia): lo que los hace tornarse difícilmente vinculables

a otros si a caso se relacionan lo hacen con mujeres de quienes suelen ser muy dependientes, aun que no las respetan mucho: esto puede darse si tuvieron la suerte de haber sostenido una buena relación con la madre. (14,17)

Los asuntos interpersonales que afectan fehacientemente el riesgo de desarrollar un episodio depresivo. La depresión a su vez afecta el funcionamiento relacional. (20)

Las dificultades interpersonales son una de las características más comunes del Trastorno Límite de la personalidad. No sólo causan sufrimiento considerable al paciente, ai no q ue también es probable que lo lleven a establecer relaciones complejas y ambivalentes .(26)

JUSTIFICACION

Los trastornos depresivos tienen una alta prevalencia entre la población general, en México aproximadamente 40 de cada 100 pacientes con problemas médicos que acuden a un primer nivel de atención presentan trastornos afectivos como cuadro acompañante o principal.(27) En nuestro estudio la principal variable es la presencia de un trastorno de personalidad de la pareja del paciente que presenta sintomatología depresiva ya que en relación a los factores psicosociales de la patología entra la familia y en esta la relación que mantiene la pareja que a mi criterio influye en el inicio de la enfermedad depresiva, en relación a esto es necesario comentar que en la relación de pareja es indispensable mantener un equilibrio y que si este equilibrio se altera se va a alterar por completo la dinamica familiar lo que puede condicionar el inicio de un cuadro depresivo en alguno de los cónyuges; esta dinamica podria estar alterada debido al temperamento y caracter de una de las partes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuál es la relación que pudiera existir entre el perfil de temperamento y carácter entre las parejas (cuidadores) de los pacientes que cuentan con el diagnóstico de trastorno depresivo y la comorbilidad que existe entre ambas patologías.

OBJETIVOS:

- 1.- Determinar el perfil de temperamento y carácter en un grupo control de parejas en las cuales uno de los integrantes presento criterios para diagnóstico de depresión.
- 2.- Cuantificar la intensidad de los estados depresivos de uno de los integrantes de la pareja, de acuerdo a la escala de Hamilton.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuál es la relación que pudiera existir entre el perfil de temperamento y carácter entre las parejas (cuidadores) de los pacientes que cuentan con el diagnóstico de trastorno depresivo y la comorbilidad que existe entre ambas patologías.

OBJETIVOS:

- 1.- Determinar el perfil de temperamento y carácter en un grupo control de parejas en las cuales uno de los integrantes presento criterios para diagnóstico de depresión.
- 2.- Cuantificar la intensidad de los estados depresivos de uno de los integrantes de la pareja, de acuerdo a la escala de Hamilton.

3.- Correlacionar el temperamento y caracter con la severidad de los sintomas depresivos presentes en la pareja con el trastorno depresivo.

METODOLOGIA

UNIVERSO Y MUESTRA:

Se evaluaron 30 parejas que acudieron en forma consecutiva a la consulta de urgencias del Hospital Psiquiatrico Fray Bernardino Alvarez tomando en cuenta que alguno de los integrantes de la pareja presentó sintomatología para depresión, y de acuerdo a los criterios del CIE 10 y del DSM IV, de acuerdo al diagnostico ya establecido , en pacientes que ya contaban con expediente en el hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

3.- Correlacionar el temperamento y caracter con la severidad de los sintomas depresivos presentes en la pareja con el trastorno depresivo.

METODOLOGIA

UNIVERSO Y MUESTRA:

Se evaluaron 30 parejas que acudieron en forma consecutiva a la consulta de urgencias del Hospital Psiquiatrico Fray Bernardino Alvarez tomando en cuenta que alguno de los integrantes de la pareja presentó sintomatología para depresión, y de acuerdo a los criterios del CIE 10 y del DSM IV, de acuerdo al diagnostico ya establecido , en pacientes que ya contaban con expediente en el hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

CRITERIOS DE SELECCION:

* INCLUSION:

- Pacientes que presentaron sintomatología depresiva.
- Pacientes que contaran con una paereja estable y que estuviera presente al momento de la evaluación de la pareja.
- Pacientes que estuvieran de acuerdo en el estudio.

* EXCLUSION:

- Pacientes adictos a algún tipo de drogas.

MATERIAL Y METODOS:

INVENTARIO DE TEMPERAMENTO Y CARACTER

El ITC desarrollado por Cloninger es un instrumento de autoaplicación conformado por 240 preguntas de respuestas forzosas que tienen como opciones “verdadero” y “falso”.

Este modelo de Cloninger parte de la observación de la conducta animal ante la respuesta a un estímulo. El temperamento que es descrito como altamente heredable y permanente en el individuo, lo divide en cuatro dimensiones: Búsqueda de la novedad, evitación al daño, dependencia a la recompensa y persistencia. En cambio el carácter se describe como determinado por el entorno del individuo y es modificado a lo largo de la vida. Este se conformó en direcciones: autodirección, cooperatividad y autotranscendencia.

El ITC evalúa 7 rasgos de personalidad o de comportamiento de nivel superior. Estos incluyen 4 dimensiones de temperamento de nivel superior y 3 dimensiones de carácter de nivel superior.

Cada uno de estos factores de temperamento y carácter nivel superior son multidimensionales y están formados por rasgos de nivel inferior. En total se consideran 25 rasgos de nivel inferior, 12 de temperamento y 13 de carácter. (15)

Para su estandarización en nuestro país se utilizó una muestra de población tipo censo por disponibilidad de 269 sujetos de ambos sexos,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mayores de 18 años de edad. Una parte de esta muestra (125 sujetos) fue obtenida, del grupo de alumnos que aspiraron a la escuela de medicina de la Universidad Anahúac durante la convocatoria de 1995. La otra parte (144 sujetos) fue obtenida de un grupo de personas que asistieron de manera abierta a un centro cultural de la ciudad de México.(11)

Para la traducción del ITC se contó con la versión original de la prueba diseñada para mayores de 18 años de edad y que consta de 240 ítems. La traducción del inglés al español fue realizada por un médico psiquiatra, para después ser vuelta a traducir al inglés por otra persona igualmente capacitada, corroborando que no se llegara a perder la idea original del instrumento. Posteriormente se realizó un pilotaje con una muestra de 20 personas trabajadores de un hospital y 20 pacientes psiquiátricos de la consulta externa del Instituto Mexicano de Psiquiatría. A partir de estas versiones preliminares se conformó la traducción final en México. (11)

En este estudio se reportaron los promedios y desviaciones estándar para la población mexicana de cada una de las subescalas del ITC. Se reportaron los promedios y desviaciones estándar para la población mexicana de cada una de las subescalas del ITC, se determinó la consistencia interna del instrumento global y de cada una de sus escalas y subescalas mediante el alfa

Cronbach. Los resultados de la consistencia interna de las subescalas de temperamento y carácter C3, mientras que el resto se mantuvo dentro del rango descrito por los autores del ITC. La traducción al castellano del inventario de temperamento y carácter se comporto, desde el punto de vista psicométrico, en forma similar a la reportada por la versión original. Como puede apreciarse los promedios y las desviaciones estandar de las subescalas no fueron diferentes a pesar de las obvias diferencias culturales, el instrumento conserva de manera bastante la consistencia descrita por sus autores. Al realizar la traducción del ITC, se temía que los reactivos referentes a las subescalas de carácter fueran a perder su valor. Ya que en especial los que cubren las escalas de autotrascendencia manejan material relacionado con religión y moral, y se pensaba que en México se comportaria de manera diferente. Sin embargo la correlación de la subescala con el resto de las subescalas de carácter, se comportó de manera similar a la descrita por Cloninger en México. (11-12)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES:

TEMPERAMENTO: El temperamento se refiere a las respuestas emocionales y automáticas que el individuo presenta ante experiencias internas y externas . El temperamento es moderadamente heredable y estable a lo largo de la vida; las cuatro dimensiones del temperamento comprendidas en el ITC son: búsqueda de la novedad, evitación del daño, dependencia a la recompensa y persistencia. (21)

CARACTER: En contraste, el carácter se refiere a autoconceptos y diferencias individuales en metas y valores que guían elecciones y tienen influencia en el significado que el individuo le da a las experiencias de la vida. Las diferencias en el caracter se encuentran moderadamente influenciadas por el aprendizaje sociocultural y maduran de manera progresiva a lo largo de la vida. (21)

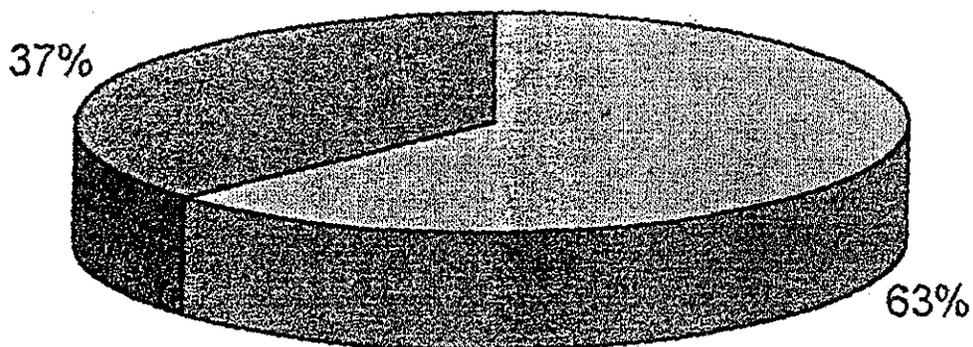
RESULTADOS:

Se estudiaron un total de 30 parejas de pacientes con el diagnóstico de depresión, de los cuales 11 fueron del sexo femenino (37%) y 19 del sexo masculino (63%). La edad promedio de la muestra fue de 32.63 ± 9.61 .

En cuanto a la distribución, de ocupaciones se encontraron que el 63.33% correspondió a No profesionistas, el 10.33% fueron profesionistas y el 20% correspondió al hogar.

En relación a los pacientes la edad promedio fue de 31.7 ± 8.7 , en relación a la puntuación de la escala aplicada de Hamilton La media \pm desviación estándar fue de 23.93 ± 7.78

DISTRIBUCIÓN DEL SEXO DE LA PAREJA ²⁷



<input type="checkbox"/>	Hombres	19
<input checked="" type="checkbox"/>	mujeres	11

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESCALAS DE TEMPERAMENTO BASADAS EN EL INVENTARIO DE TEMPERAMENTO Y
CARACTER

SUBESC.	ESCALAS DE TEMPERAMENTO	media +/- desviación estandar traducción	media +/- desviación estandar muestra
	BUSQUEDA DE LA NOVEDAD	20.2+/-5.1	17.8+/-5.2
NS1	Excitabilidad Exploratoria vs rigidez	6.9+/-2.2	4.8+/-2.06
NS2	Impulsividad vs Reflexión	3.9+/-2.5	6.0+/-2.3
NS3	Extravagancia vs discreción	4.7+/-2.0	3.1+/-1.6
NS4	Desorden vs restricción	4.5+/-2.0	3,8+/-1.9
	EVITACION AL DAÑO	12.6+/-7.1	14.8+/-5.3
HA1	Preocupación vs Optimismo	3.5+/-2.7	5.4+/-2.2
HA2	Miedo a lo incierto vs confianza	3.1+/-1.7	3.5+/-1.6
HA3	Timidez vs gregarismo	2.9+/-2.2	3.5+/-1.6
HA4	Fatigabilidad y astenia vs rigor	2.9+/-2.4	3.3+/-1.8
	DEPENDENCIA A LA RECOMPENSA	13.9+/-4.1	14.7+/-5.0
RD1	Sensibilidad vs insensibiloidad	5.5+/-2.2	5.1+/-2.6
RD2	Persistencia vs irresolución	4.7+/-1.8	3.1+/-1.7
RD3	Apego vs separación	4.9+/-2.2	3.6+/-1.6
RD4	Dependencia vs independencia	3.4+/-1.3	2.7+/-1.3

ESCALAS DEL CARÁCTER BASADAS EN EL INVENTARIO DE TEMPERAMENTO Y
CARÁCTER

SUBESC.	ESCALAS DE TEMPERAMENTO	media+/- desviación estándar traducción	media +/- desviación estándar muestra
	AUTODIRECCION	29.9+/-10.8	19.5+/-5.9
SD1	responsabilidad vs culpabilidad	5.9+/-2.5	2.8+/-1.3
SD2	Determinación vs sin dirección	5.6+/-2.3	4.1+/-1.6
SD3	Con recursos vs apatia	3.6+/-1.6	1.7+/-1.3
SD4	Autoaceptación vs lucha interna	6.4+/-2.9	4.0+/-2.0
SD5	Congruencia con ideales	8.2+/-3.2	6.7+/-1.9
	COOPERATIVIDAD	28.22+/-9.9	21.8+/-5.9
C1	Aceptación social vs intolerancia	5.5+/-2.5	4.2+/-1.3
C2	Empatia vs desinterés social	4.4+/-1.9	3.3+/-1.5
C3	Capacidad de ayuda vs incapacidad	5.4+/-2.0	5.2+/-1.1
C4	Compasión vs venganza	6.9+/-3.1	4.2+/-1.8
C5	Integridad vs falta escrúpulos	5.8+/-2.1	4.8+/-1.9
	AUTOTRASCENDENCIA	16.4+/-6.2	12.4+/-5.6
ST1	Concentración creativa vs conciencia	5.9+/-2.6	4.3+/-2.4

ST2	Identificación transpersonal	4.3+/-2.1	3.0+/-2.1
ST3	Aceptación espiritual vs materialismo	6.1+/-3.1	5.1+/-2.8

DISCUSION

El primer factor de temperamento, búsqueda de la novedad, es visto como un rasgo heredable que determina el inicio o la activación de comportamientos como: la exploración en respuesta a una novedad, la toma de decisiones de manera impulsiva, o la extravagancia en busca de una recompensa, así como involucración a una rápida pérdida del temperamento, y una evitación activa ante la frustración. (11). De nuestros resultados encontramos que existe una disminución de la media (17.83 ± 5.2) en relación a la búsqueda de la novedad que corresponde a la media \pm desviación estándar de la traducción (20.2 ± 5.1), los sujetos con bajos índices son descritos como indiferentes, poco curiosos, poco entusiastas, reflexivos, reservados, sistematicos y ordenados. El segundo factor del temperamento, evitación al daño es visto como un rasgo heredable sobre la inhibición o terminación del comportamiento como: una preocupación pesimista ante la anticipación de problemas futuros; conductas pasivas y evasivas, como miedo a la incertidumbre; Timidez ante los desconocidos y facilidad para cansarse. En el resultado de nuestra muestra observamos que existe un aumento de la media \pm desviación estándar (traducción 12.6 ± 5.1 , Muestra 14.8 ± 5.36), de nuestra muestra. Los individuos con índices

elevados de este rasgo tienden a ser temerosos, tensos, aprehensivos, nerviosos, tímidos, indecisos, inseguros.

Estos individuos se muestran tímidos e inhibidos ante la mayoría de las situaciones sociales. Su nivel de energía es generalmente bajo, y se cansan con facilidad. El tercer factor de temperamento, dependencia a la recompensa, es visto como un rasgo heredable sobre el mantenimiento o continuación del comportamiento, y se manifiesta de la siguiente manera: sensibilidad, necesidad de vinculación social, y dependencia a ser aprobado por otros. En relación a nuestro estudio se observó un aumento en la media +/- desviación estandar de la traducción que fue 13.9 ± 4.1 , y los resultados de la muestra fueron 14.73 ± 5.0 . Los individuos con altos índices de este rasgo son vistos como sensibles, comprensivos, sin dificultad para mostrar sus sentimientos a los demás .

En las escalas de carácter nos encontramos que en relación a la autodirección la media +/- desviación estándar de nuestra muestra fue de 19.5 ± 5.9 , la media de la desviación estándar de la traducción es de 29.9 ± 10.8 , observándose una disminución en relación a la traducción; en relación con la cooperatividad, la media +/- desviación estándar de la traducción es de 28.22 ± 9.9 , la puntuación de nuestra muestra para la

media es de 21.8 ± 5.9 , encontrándose una disminución en relación con la primera, en la autotrascendencia la media \pm desviación estandar es de 16.4 ± 6.2 , el valor encontrado en nuestra muestra fue de 12.4 ± 5.6 , observándose de nueva cuenta una disminución en cuanto a los resultados de la traducción, individuos apáticos, con pobre aceptación social, y muy tolerantes.

Los individuos con personalidad madura son seguros de si mismos, cooperadores capaces de trascender. En contraste aquellos con trastornos de personalidad tienen dificultad para aceptarse a sí mismos, son intolerantes y vengativos. Esto sugirió la hipótesis de que los subtipos de la personalidad se pueden definir en términos de las variables del temperamento, mientras que la presencia o ausencia de un trastorno de la personalidad se puede definir en términos de las dimensiones caracterológicas. (24)

La bibliografía sobre este tema, en general es escasa, pero constantemente se menciona la necesidad de tratamiento psicoterapéutico para el manejo de los cuadros depresivos, además del farmacológico. Lo que en este trabajo nos parece interesante es encontrar un tipo de personalidad más o menos constante, el cual también es predisponente para la depresión; Lo que nos sugiere que la depresión en uno de los miembros de la pareja puede ser un indicador de probable patología mental de el otro miembro, convirtiéndose en una situación de retroalimentación positiva que puede conducir a la cronicidad

del cuadro depresivo.

Por otra parte se debe de tener en cuenta , la realización de un buen diagnóstico de depresión, y descartar cualquier otra patología que nos este condicionando un cuadro parecido, como una depresión enmascarada. mientras que la enfermedad médica puede imitar la depresión, se considera que la depresión puede imitar más frecuentemente una enfermedad somática. (25)

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Howard H. Goldman; PSIQUIATRIA GENERAL, 4a edición. 1992 , cap 20 pp 320
- 2.- Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock, Jack A. Grebb; SINOPSIS DE PSIQUIATRIA, Ciencias de la conducta, Psiquiatría clínica, 7a edición; pp 530-537
- 3.- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV, MASSON, 1996, pp 393
- 4.- C. LÓPEZ LEÓN, Trastornos de personalidad y elección de pareja (una nueva forma de << folie á deux >>); Psicopatología (Madrid), 1998, 4º (162-168)
- 5.- Quintana mendoza J, de El trastorno de la personalidad: un estudio sobre características psicológicas: Informaciones Psiquiátricas 1989; 116:185-9
- 6.- James Reich, M.D., The Journal of Nervous and Mental Disease; Family History of DSM III-R Dramatic Personality Disorder Cluster and Functioning in patients with Major Depressive Disorder; Vol. 183, No. 9 , 587-592: 1995
- 7.- Ronald C. Kessler, Ph. D., Ellen E. Walters, M.S., and melinda S. Forthofer, Ph. D; The Social Consequences of Psychiatric Disorders, III: probability Marital Stability: Am J Psichiary 155:8, August 1998 (1092-1096)

- 8.- Department of Psychiatry, Queen's University, Kingston, Ontario.
The role of marital therapy in the treatment of depressed married women. Can J Psychiatry 1994 Nov; 39 (9): 568-71
- 9.- Schmalting KB, Jacobson NS, University of Washington. Marital interaction and depression. J Abnorm Psychol 1990 Aug; 99 (3): 229-36
- 10.- Cloninger CR, PRZYBECK TR, SVRAKIC DM, WETZEL RD. A guide to the development and use of temperament and character. Inventory (TCI professional manual) DRAFT 414/94
- 11.- Sanchez de Carmona M, Paez F, Lopez J, Nicolini H. Traducción y confiabilidad del Inventario de Temperamento y Caracter (ITC), Salud mental 1996, 19 suppl 3:5-9
- 12.- Daniel Carpenter, John F. Clarkin, Ira D. Glick, Philip J. Wilner; Personality pathology among married adults with bipolar disorders; Journal of Affective Disorders 34(1995) 269-74
- 13.- Sergio Gorjón Cano; Aspectos Psicodinámicos de la pareja: EPOCA: vol 8 No 1 ; 1992, 30-37
- 14.- Sergio Gorjón Cano: Psicoterapia de la Depresión ; PSIQUIATRIA Vol 11 No 3 Septiembre- Diciembre 1995 (84-94)
- 15.- CLONINGER CR A unified biosocial Theory of personality and its role in the development of anxiety states. Psychiatry Dev. 1986; 3; 167- 226.

- 16 Russell T. Joffe and Joseph J. regan: Personality and Family History of Depression in Patients with affective Illnes; J. Psychiatric Res., Vol.25, No 1/2, pp, 67-71, 1991
- 17.- Wolfgang Maier, Jürgen Minges, Dirk Lichtermann, Reinhard Heun, Personality disorders and personality variations in relatives of patients with bipolar affective disorders. Journal of Affective Disorders 53 (1995) 173-181.
- 18.- Díaz Martínez Alejandro Coordinador Guía práctica : MANEJO DEL ESPECTRO DEPRESION ANSIEDAD; Consenso 1998 México.
- 19.- EL MANUAL MERCK DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO, décima edición, 1999, pp: 1555-1560.
- 20.- Ruiz Flores L.G. , Psicoterapia Interpersonal, PAC Psiquiatria 2 Programa de Actualización Continua en Psiquiatría, Libro 10, Edición de intersistemas, SA de CV. PP 12-13.
- 21.- CLONINGER CR, SIGVARDSSON S, BOHMAN M: Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism*, 12: 494-505, 1988.º
- 22.- Juan Manuel Saucedo Garcia; Psicología de la vida en familia: una visión estructural; Rev. Méd. IMSS (Méx.) 1991; 29:61

- 23.- Katherine Anne Comptois, Ph.D.; Deborah S. Cowley, M.D. ;David L. Dunner, M.D.; and Peter P. Roy-Byrne, M.D. Relationship Between Borderline Personality Disorder and Axis I Diagnosis in Severity of Depression and Anxiety. J Clin. Psychiatry 60:11, November 1999.
- 24.-CLONINGER CR GILIGAN SB: Neurogenetic mechanism of learning a phylogenetic perspective, J. Psychiatric Res. 21:457-472. 1987
- 25.- Antonio Celis persomo; DEPRESION EN EL PACIENTE MEDICAMENTE ENFERMO Psiquiatria 1989; 1:35-43.
- 26.- Anthony P. Winston. AVANCES REXIENTES EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD. Avances en psiquiatría Vol 6 No 3, Dic 2000.
- 27,- Programa de Actualizacion Continua en Psiquiatria libro 10 PSICOTERAPIA INTERPERSONAL. Asociación Psiquiatrica Mexicana A.C.