



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD EN
MUJERES PERIMENOPÁUSICAS CON
DEPRESIÓN MAYOR

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA
PRESENTA

DRA. AZUCENA L. HERNÁNDEZ ARAGÓN

TUTOR TEÓRICO *Dra. Martha Ontiveros Uribe.*
Subdirectora de hospitalización del INPRFM

TUTOR METODOLÓGICO: *Dra. Danelia Mendieta Cabrera*
Coordinadora del área de preconsulta del INPRFM



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

A mis tutoras: La Dra. Ontiveros y la Dra. Mendieta, Gracias por su apoyo y confianza.

A todos los que participaron para la realización de esta tesis, especialmente a las pacientes.

ÍNDICE

1. RESÚMEN.....	4
2. INTRODUCCIÓN.....	5
LA PERSONALIDAD	5
<i>Definición.</i>	6
<i>Teorías humanísticas de la personalidad.</i>	7
<i>Teorías de la personalidad y su consistencia.</i>	7
<i>Teoría de los rasgos.</i>	8
Teoría biopsicosocial de Cloninger.	11
PERSONALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA.....	12
SALUD MENTAL EN RELACIÓN AL GÉNERO	14
PERIMENOPAUSIA	15
Alteraciones fisiológicas clínicas durante la postmenopausia	15
Cambios conductuales relacionados con la postmenopausia.....	17
LA DEPRESIÓN.....	18
<i>Epidemiología e impacto.</i>	18
LOS CAMBIOS HORMONALES EN LAS MUJERES RELACIONADOS A LA DEPRESION.....	20
3. JUSTIFICACIÓN	22
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
5. HIPÓTESIS	24
6. OBJETIVOS	25
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
7. METODOLOGÍA	26
DISEÑO DEL ESTUDIO	26
POBLACIÓN EN ESTUDIO	26
VARIABLES	27
INSTRUMENTOS DE EVALUACION	27
PROCEDIMIENTO.....	29
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	30
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	30
8. RESULTADOS.....	31
9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	36
10. RELACIÓN DE ILUSTRACIONES Y TABLAS.....	41
11. BIBLIOGRAFÍA.....	42

RESÚMEN

La personalidad es una característica humana muy importante que nos identifica y nos hace únicos. Cloninger propuso su teoría biopsicosocial donde identifica características condicionadas biológicamente llamadas temperamento y otras que son moduladas ambientalmente y por lo tanto modificables llamadas carácter. En diversos estudios se han identificado algunos rasgos de la personalidad relacionados con la depresión. Por otra parte se ha visto que las mujeres tienen mayor vulnerabilidad para episodios depresivos en las etapas en las cuales cursan con cambios hormonales súbitos como en el síndrome premenstrual y la perimenopausia. La meta de este estudio es describir las características de la personalidad en las mujeres que cursan con un primer episodio depresivo en la perimenopausia. Los resultados obtenidos a partir de la evaluación de la personalidad a través del Inventario del temperamento y carácter (ITC) propuesto por Cloninger, identifican que en esta muestra hay elevada evitación al daño y baja cooperatividad con respecto a las reportadas en población mexicana y la descrita por Cloninger. Los estudios previos reportan aumento de la evitación al daño en pacientes deprimidos. La baja cooperatividad sólo es reportada en pacientes que cursan con síntomas ansiosos residuales o persistentes después del tratamiento. Este estudio nos sugiere la probable existencia de algunas características de la personalidad como la elevada evitación al daño, que ya han sido descritas en pacientes deprimidos que nos pueden sugerir que sea un factor de vulnerabilidad para que estas mujeres desarrollen síntomas depresivos durante la perimenopausia. Probablemente la suma de factores predisponentes favorece una vulnerabilidad para la aparición de sintomatología depresiva.

INTRODUCCIÓN

LA PERSONALIDAD

A menudo la gente habla de la personalidad como si se tratara de un producto, como si la personalidad consistiera en rasgos atractivos y admirables: Efecto, encanto, honestidad. Pero no vemos que la personalidad es algo mucho más complejo de lo que indica el uso ordinario del término, e incluye tantos rasgos positivos como negativos.

Resulta fácil hablar de aspectos o rasgos de la personalidad sin definir el término en si, Pero es difícil elaborar una definición amplia de lo que es personalidad. Un concepto actual que podemos utilizar es: Patrón de sentimientos y pensamientos ligados al comportamiento que persiste a lo largo del tiempo y de las situaciones. La anterior es una definición bastante larga, pero es la que advierte dos cosas importantes, Primero: Que la personalidad se refiere a aquellos aspectos que distinguen a un individuo de cualquier otro, y en este sentido la personalidad es característica de una persona. El segundo aspecto es: la personalidad persiste a través del tiempo y de las situaciones.

Los estudiosos de la psicología siempre han tratado de comprender las diferentes personalidades. Pero no fue sino hasta hace un siglo que los científicos comenzaron a realizar observaciones científicas sistemáticas y a sacar conclusiones de ellas. Algunos teóricos ponen énfasis en las experiencias de la primera infancia, otros en la herencia, y otros atribuyen el papel fundamental al medio ambiente. Hay quienes analizan únicamente como se comportan las personas congruentes en distintas situaciones y momentos y les restan importancia al concepto de una personalidad única y consiente. Pero debemos tener claro que la personalidad es algo único de cada individuo, y es lo que nos caracteriza como entes independientes y diferentes (R, 1992).

Definición.

La Personalidad se ha definido de varias formas a lo largo de la historia. La personalidad puede definirse como una organización compleja de cogniciones, emociones y conductas que da orientaciones y pautas coherentes de conducta a la vida de una persona. La personalidad esta integrada tanto por estructuras como por procesos mentales y es un reflejo tanto de la naturaleza (genética) como del aprendizaje (experiencia, vivencias, ambiente etc.). Asimismo, la personalidad se modula a través de efectos del pasado, incluyendo los recuerdos del pasado, así como las construcciones del presente y del futuro.

En general, se puede considerar que la personalidad no es más que el patrón de pensamientos, sentimientos y conducta de presenta una persona y que persiste a lo largo de toda su vida, a través de diferentes situaciones. Hasta hoy, Sigmund Freud, es el mas influyente teórico de la personalidad, este abrió una nueva dirección para estudiar el comportamiento humano. Según Freud, el fundamento de la conducta humana se ha de buscar en varios instintos inconscientes, llamados también impulsos, y distinguió dos de ellos, los instintos cocientes y los instintos inconscientes., llamados también, instintos de la vida e instintos de la muerte(Freud., 1970).

Los instintos de la vida y los de la muerte forman parte de lo que él llamó ELLO, o ID. Y el yo, o ego.

Los instintos de la vida: En la teoría de freudiana de la personalidad, todos los instintos que intervienen en la supervivencia del individuo y de la especie, entre ellos el hambre, la auto preservación y el sexo.

Los instintos de muerte: En la teoría freudiana, es el grupo de instintos que produce agresividad, destrucción y muerte.

El ELLO: Es la serie de impulsos y deseos inconscientes que sin cesar buscan expresión.

El yo, o el ego: Es parte de la personalidad que media entre las exigencias del ambiente (realidad), la conciencia (superyó) y las necesidades instintivas (ello), en la actualidad se utiliza a menudo como sinónimo del ego (R, 1992).

Teorías humanísticas de la personalidad.

Freud pensaba que la personalidad era el resultado de la resolución de los consientes y de los inconscientes de las personas, además de las crisis del desarrollo. Muchos de sus seguidores modificaron sus teorías, uno de ellos fue, Alfred Adler, quien apreciaba una perspectiva muy distinta de la naturaleza humana de la que tenía Freud. Adler, escribió sobre las fuerzas que contribuyen a estimular un crecimiento positivo y a motivar el perfeccionamiento personal. Es por eso que en ocasiones se considera a Adler como el primer teórico humanista de la personalidad. La teoría humanista de la personalidad, hace hincapié en el hecho de que los humanos están motivados positivamente y progresan hacia niveles más elevados de funcionamiento. Dice que la existencia humana es algo más que luchar por conflictos internos y crisis existenciales. Cualquier teoría de la personalidad que subraye la bondad fundamental de las personas y su lucha por alcanzar niveles más elevados de conociendo y funcionamiento entra dentro del grupo de teoría humanística de la personalidad.

Otra teoría, es sobre la tendencia a la auto realización, según Rogers, el impulso del ser humano a realizar sus auto conceptos o las imágenes que se ha formado de si mismo es importante y promueve el desarrollo de la personalidad. También, decía que el impulso de todo organismo a realizar su potencial biológico y a convertirse en aquello que intrínsecamente puede llegar a ser. (Teoría de la realización).

Teorías de la personalidad y su consistencia.

Todas las teorías de la personalidad, en general, manifiestan que el comportamiento, es congruente a través del tiempo y de las situaciones. Según esta perspectiva, una persona agresiva tiende a ser agresiva en una amplia gama de situaciones y continuará siendo agresiva de un día a otro, o de un año a otro. Este comportamiento constantemente

agresivo es una prueba de la existencia de un rasgo de la personalidad subyacente de agresividad, o de una tendencia hacia ella. No obstante algunos teóricos, se preguntan si en realidad el ser humano mantiene una conducta persistente y consiente. Un acervo cada vez mayor de investigaciones indica que sí. Los estudios comparativos de gemelos idénticos, que comparten el mismo Material genético, indican que se parecen mucho más que los gemelos fraternos en características de la personalidad como emotividad, sociabilidad, e impulsividad. Por consiguiente se sugiere que la herencia influye genéticamente en la adquisición de una personalidad determinada.

Teoría de los rasgos.

Los teóricos de los rasgos rechazan la idea sobre la existencia de unos cuantos tipos muy definidos de personalidad. Señalan que la gente difiere en varias características o rasgos, tales como, dependencia, ansiedad, agresividad y sociabilidad. Todos poseemos estos rasgos pero unos en mayor o menor grado que otros. Desde luego es imposible observar los rasgos directamente, no podemos ver la sociabilidad del mismo modo que vemos el cabello largo de una persona, pero si esa persona asiste constantemente a fiestas y a diferentes actividades, podemos concluir con que esa persona posee el rasgo de la sociabilidad. Los rasgos pueden calificarse en cardinales, centrales y secundarios.

- Rasgos cardinales: Son relativamente poco frecuentes, son tan generales que influyen en todos los actos de una persona. Un ejemplo de ello podría ser una persona tan egoísta que prácticamente todos sus gestos lo revelan.
- Rasgos Centrales: Son más comunes, y aunque no siempre, a menudo son observables en el comportamiento. Ejemplo, una persona agresiva tal vez no manifieste este rasgo en todas las situaciones.
- Rasgos secundarios: Son atributos que no constituyen una parte vital de la persona pero que intervienen en ciertas situaciones. Un ejemplo de ello puede ser, una persona sumisa que se moleste y pierda los estribos (R, 1992).

Dada la existencia de varias teorías y varios enfoques, para el estudio de la personalidad se han propuesto varios enfoques de investigación: la clínica, la experimental y la correlacional.

La investigación clínica implica el estudio sistemático y en profundidad de los individuos.

La investigación experimental implica la manipulación de variables para establecer relaciones causales.

La investigación correlacional incluye el uso de medidas estadísticas para establecer la asociación, o correlación, entre series de medidas que según se han descubierto diferencian a las personas.

Dentro de la aproximación correlacional se encuentra el modelo de los cinco factores (MCF) que propone que los cinco rasgos o factores básicos de la personalidad son el neuroticismo, extraversión, conciencia, afabilidad y apertura a la experiencia. El rasgo de personalidad queda definido como una tendencia a comportarse de una manera particular, como la expresada en la conducta de una persona a lo largo de una serie de situaciones. Los autores proponen enérgicamente el uso de cuestionarios para evaluar la personalidad y son críticos a la utilización de test proyectivos y entrevistas clínicas.

- **NEUROTICISMO (N)** se refiere al nivel crónico de ajuste emocional e inestabilidad. Un N alto identifica a individuos que están propensos a tener malestar psicológico. También incluye ideas no realistas, anhelos excesivos, o dificultad para tolerar la frustración causada por no actuar conforme a nuestros propios deseos y respuestas de afrontamiento maladaptativas.
- **EXTRAVERSION (E)** Se refiere a la cantidad e intensidad de las interacciones interpersonales preferidas, nivel de actividad, necesidad de estimulación y capacidad para disfrutar. La gente que tiene alta E tiende a ser sociable, activa, platicadora, orientada a las personas, amante de la diversión y afectiva; mientras que las personas que son bajas en E tienden a ser reservadas (pero no necesariamente son amistosas), sobrios, reservados, independientes y callados.

- APERTURA A LA EXPERIENCIA (O) Involucra la búsqueda activa y la apreciación de experiencias de su propia búsqueda. Los individuos abiertos son curiosos, imaginativos, y dispuestos a entretenerse en ideas novedosas y valores no convencionales; ellos experimentan toda la gama de emociones más vívidamente que los individuos cerrados. Los individuos cerrados (baja O), tienden a ser convencionales en sus creencias y actitudes, conservadores en sus gustos, dogmático y rígidos en sus creencias, están puestos conductualmente en sus caminos y emocionalmente responden poco.
- AGRADABILIDAD (A) Se refiere a los tipos de interacciones que una persona prefiere dentro de un continuo entre compasión y antagonismo. La gente que es alta en A tiende a ser de corazón blando, de naturaleza buena, confiables, ayudan, olvidan y son altruistas. Aquellos que son bajos en A (llamados antagonistas) tienden a ser cínicos, rudos o abrasivos, sospechosos, poco cooperadores e irritables, pueden ser manipuladores, vengativos y no respetan las reglas.
- CONCIENCIA (C) Evalúa el grado de organización del individuo, la perseverancia, control y la motivación. En la conducta dirigida a un objetivo. Compara la gente responsable y exigente con aquellos que son distraídos y descuidados. Las personas que tienen puntuación alta en C tienden a ser organizados, dignos de confianza, trabajadores, autodisciplinados, puntuales, escrupulosos, limpios, ambiciosos y perseverantes mientras que aquellos con C baja tienden a ser no confiables, sin propósito, perezosos, descuidados, relajados de voluntad débil, hedonistas.

Los psicólogos de la teoría de rasgos saben que las diferencias individuales de casi todas las características de la personalidad se distribuyen de forma continua y parece razonable hipotetizar que diversas formas de psicopatología puedan estar relacionadas con variaciones normales en las disposiciones básicas de la personalidad. Según el modelo de los cinco factores, un trastorno de personalidad podría describirse en virtud de puntuaciones extremas en los 5 factores(Eysenck, 1992).

Teoría biopsicosocial de Cloninger.

Cloninger propuso una teoría biopsicosocial de la personalidad, en la que inicialmente observó tres dimensiones de temperamento basándose en las características estímulo-respuesta de los individuos respecto a la búsqueda de la novedad, la evitación del castigo y la dependencia de la recompensa, según los aspectos genéticos neuroanatómicos que pudieran originarlas, así como en relación con las respuestas adaptativas y la variación ambiental. Posteriormente agregó una cuarta dimensión con base a la persistencia. La interacción funcional de estas cuatro dimensiones lleva a patrones integrados de respuestas distintos de la novedad, el castigo, la recompensa y la persistencia como parte del temperamento del individuo, que se manifiesta desde los primeros años de la vida y que provocan formas preconstruidas en la memoria perceptual y en la formación de hábitos. Asimismo, propuso los mecanismos anátomo-bioquímicos que pudiera dar cada perfil de conducta basándose, principalmente, en los sistemas noradrenérgico, serotoninérgico y dopaminérgico. Además, incluyó 3 dimensiones del carácter que se desarrollan durante la vida y que finalmente repercuten en el funcionamiento personal y social. Las características que incluyó son: la identificación como individuo autónomo (autodirección), como parte de una sociedad (cooperatividad) y como parte integral del universo (autotranscendencia). Las variantes de las posibles combinaciones de estas características estímulo-respuesta son similares a las descripciones tradicionales de los trastornos de la personalidad, lo cual pudiera reconciliar la aproximación categórica y dimensional de estos trastornos (Cloninger, y otros, 1991).

PERSONALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA

Se ha buscado evaluar la existencia de alguna relación entre la personalidad y la psicopatología. La evidencia ha sido muy diversa en las diferentes psicopatologías. Algunos estudios recientes han documentado la relación entre la inhibición conductual y los trastornos de ansiedad. Existe cierta evidencia de que algunos niños hijos de padres con ataques de pánico con agorafobia, presentan puntajes elevados de inhibición conductual en la infancia temprana en comparación con el grupo control (Rosebaum, y otros, 1988.). Estudios de seguimiento en niños en edad escolar identificados como inhibidos conductualmente, muestran que tienen una elevada incidencia de trastornos psiquiátricos, incluyendo trastornos de ansiedad, al compararlos con el grupo control no inhibido(Biederman, y otros, 1993.). Otros autores han encontrado correlación entre el factor de Extraversión y los problemas de alcoholismo (Wennberg, y otros, 2002.). Recientemente se ha demostrado que los niños con desinhibición conductual tienen altas tasas de prevalencia de problemas de conducta externalizadas, de trastornos afectivos y de trastorno por déficit de la atención. Estos resultados sugieren que la desinhibición puede ser un precursor temperamental para el desarrollo de algunos problemas de conducta especialmente el trastorno por déficit de atención(Hirshfeld-Becker, y otros, 2002). La asociación de un gen para el receptor de dopamina con el rasgo "búsqueda de lo novedoso" y el abuso de sustancias también han sido documentadas(Rose, 1995). Por ejemplo, en el trastorno bipolar se ha encontrado que cuando existen síntomas residuales depresivos existe mayor evitación al daño, autotrascendencia y menor autodirección, en cambio si existen síntomas maniatiformes residuales se relaciona a mayor persistencia y los síntomas psicóticos residuales los han relacionado a mayor autotrascendencia (Loftus, y otros, 2008). En el caso del trastorno obsesivo compulsivo existe evidencia consistente, pues algunos autores encontraron mayor evitación al daño y menores niveles a la búsqueda de la novedad y autodirección comparado con sujetos sanos (Lee DW, 2001), además que también correlacionó una elevada evitación al daño y la baja autodirección con la severidad de los síntomas obsesivos compulsivos; esto va de acuerdo con la investigación de (Alonso P, 2008) quien encontró altos niveles de evitación al daño y baja búsqueda de la novedad, autodirección y cooperatividad comparado con sujetos sanos.

Por otro lado (Marchesi, y otros, 2008) encontraron elevada evitación al daño en pacientes con remisión parcial de sintomatología ansiosa y una persistencia de los síntomas ansiosos en aquellos pacientes con baja autodirección y cooperatividad. Por otro lado diferentes autores han encontrado características específicas de la personalidad en pacientes deprimidos. Varios estudios han reportado una relación entre la presencia de síntomas depresivos y elevada medición de las escalas de evitación al daño, autotranscendencia y bajo nivel de autodirección (Hansenne M, 1999)(Jurado D, 2005). Finalmente se ha sugerido una relación entre los cambios hormonales y la personalidad en mujeres con trastorno disfórico premenstrual (Armendariz, 1996).

SALUD MENTAL EN RELACIÓN AL GÉNERO

El género determina de manera fundamental la salud mental y las enfermedades mentales. El impacto socioeconómico determinado por el género puede influir tanto en hombres como en mujeres el control de sus vidas, su posición y condición social, la manera como son tratados dentro de su contexto social y su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para la salud mental. Enfermedades como la ansiedad y la depresión pueden presentarse hasta en un tercio de la población general constituyendo ya un problema de salud pública. Las diferencias de género aparecen en las estadísticas de los trastornos mentales comunes como la depresión, la ansiedad y sintomatología somática al ser estas más frecuentes en mujeres y ser aún mayor en las mujeres que tienen sensibilidad a los cambios hormonales, pues algunos autores han reportado mayores síntomas depresivos en las mujeres con síndrome premenstrual (Jurado D, 2005). Dado que la depresión puede ser un factor de riesgo para la presentación de otras enfermedades y trastornos, las mujeres se encuentran en mayor riesgo para tener complicaciones derivadas de la susceptibilidad dada por padecer depresión y por lo tanto la discapacidad que esta conlleva.

Los factores sociales, ambientales, estigmatización, demandas modernas pueden ser causas que aumentan la posibilidad de que las mujeres se encuentren en mayor riesgo de presentar episodios depresivos. Por otra parte hay factores biológicos que se han encontrado asociados a alteraciones del ánimo, como los estados de la vida donde hay cambios súbitos hormonales como la menstruación, el embarazo o el periodo perimenopáusico. En el periodo perimenopáusico se han reportado incremento en los niveles de ansiedad. La investigación sobre los niveles de depresión relacionados a este periodo han sido controversiales, ya que mientras algunos autores encuentran mayores niveles de depresión en esta etapa de la vida de las mujeres, otros no encontraron diferencias en los niveles de depresión (Bierut, y otros, 2006), (Bruce, y otros, 2004).

PERIMENOPAUSIA

La transición de un estado vital reproductivo a uno no reproductivo se le conoce como perimenopausia. La menopausia se define clínicamente como el último periodo menstrual de la mujer. Así, la perimenopausia se divide en dos fases: la premenopausia y la postmenopausia. Por lo tanto, la postmenopausia, se define cronológicamente como el tiempo posterior a la menopausia. Durante esta etapa fisiológica la mujer ha perdido su capacidad reproductiva y se caracteriza por una gran variedad de signos y síntomas.

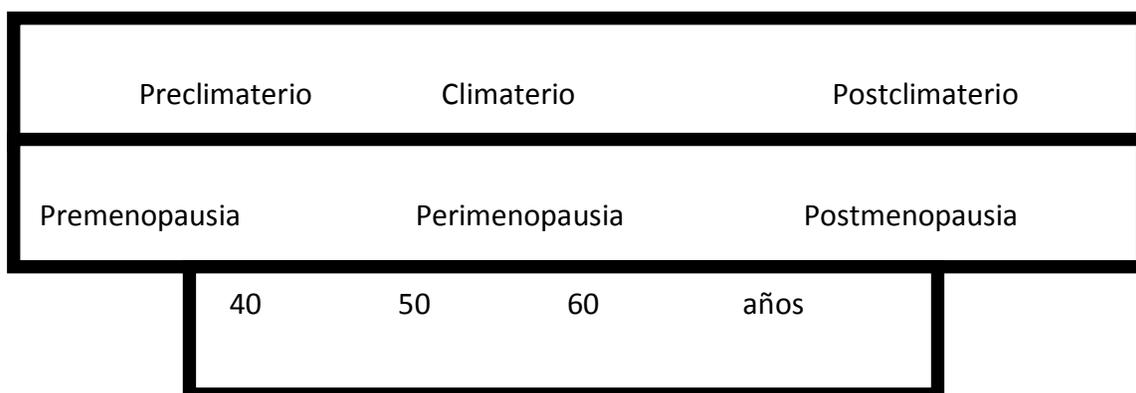


Ilustración 1. Esquema que ilustra las etapas cronológicas de la transición del estado reproductivo al no reproductivo.

Alteraciones fisiológicas clínicas durante la postmenopausia

En forma general, este periodo postmenopáusico se caracteriza por presentar cambios hormonales tales como, un aumento en la concentración y una disminución en la frecuencia de liberación de las hormonas: liberadora de gonadotropinas (GnRH), folículoestimulante (FSH) y luteinizante (LH), una disminución severa de los niveles de 17 B-estradiol y una disminución moderada de andrógenos, prolactina e inhibina B, quedando la estrona como el principal representante estrogénico circulante (McEwen, y otros, 1999). Clínicamente, se han observado alteraciones en algunos sistemas:

- Reproductivo. Algunos autores le llaman alteraciones locales, como son la atrofia de genitales externos e internos lo cual favorece la predisposición a las infecciones y procesos inflamatorios (González Merlo 1970).
- Vasomotor. Epidemiológicamente, del 11 al 60% de las mujeres perimenopáusicas sufren alteraciones vasomotoras que incluyen la sensación de calor y diaforesis tanto matutinas como nocturnas (Kronenberg, 1990).
- Cardiovascular. Se ha reportado un incremento en el riesgo e incidencia de cardiopatías, como hipertensión, infarto al miocardio, trombosis y embolias (Adams, y otros, 1996).
- Metabólico. Hay una disminución de las lipoproteínas de alta densidad y un incremento de las lipoproteínas de muy baja densidad facilitando una mayor incidencia de hipercolesterolemia y dislipidemias.
- Óseo. Se presenta un desbalance entre la formación y la resorción ósea, siendo mayor esta última(Christiansen, 1995). Inicialmente, hay una rápida pérdida ósea (durante los años posteriores inmediatos a la postmenopausia), la cual progresivamente se hace más lenta. En estas mujeres también disminuye la absorción de calcio intestinal, lo cual contribuye a la pérdida ósea (Lindsay, 1996).
- Sistema Nervioso Central. La postmenopausia se ha relacionado con una mayor incidencia de enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer(Tang, y otros, 1996)(Paganini-Hill, y otros, 1994) y con algunos desórdenes psiquiátricos. Por ejemplo, se ha reportado mayor incidencia de esquizofrenia en hombres que en mujeres, en mujeres que cursaban en la fase folicular o menstrual, -las cuales tienen niveles estrogénicos bajos- que en mujeres con niveles estrogénicos normales y se ha encontrado un pico en la incidencia de esta patología en mujeres mayores de 40 años. Asimismo, aumenta la frecuencia de algunos síntomas de depresión (melancolía y desesperanza entre otros), ansiedad y síntomas psicósomáticos (entumecimiento, dolor muscular, palpitaciones y vértigo entre otros) en los años siguientes al cese de la menstruación (índice de Kupperman y Blatt 1953 tomado de Prior 1998).

Cambios conductuales relacionados con la postmenopausia

Entre los trastornos psiquiátricos comúnmente asociados a esta etapa se encuentran la ansiedad y la depresión (Halbreich, y otros, 2001). Desde hace tiempo se ha asociado la menopausia con la aparición de labilidad emocional, irritabilidad, melancolía, así como síntomas físicos y de dolor, sugiriendo un subtipo de desorden psiquiátrico asociado a la postmenopausia. Aunque algunos estudios no han encontrado relación entre anormalidades hormonales y depresión postmenopáusica (Robinson, 2001), otros trabajos han mostrado que las mujeres que sufrieron depresión postparto o síndrome premenstrual, tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedad depresiva durante la menopausia.

LA DEPRESIÓN

La depresión es un estado de ánimo universalmente experimentado por prácticamente todas las personas en algún momento de su vida en respuesta a situaciones adversas como pérdida de algún ser querido (pérdida moral o real) o falla en la realización de metas. Se caracteriza por estado de ánimo aplanado, de tristeza, con sentimientos de desesperanza, desinterés e incapacidad para experimentar placer por casi todo (anhedonia), un marcado deterioro funcional, preocupación mórbida con sentimientos de desvalorización, culpabilidad y desesperación, baja autoestima, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor acompañado de varios síntomas vegetativos como pérdida o ganancia de peso, insomnio o hipersomnio, fatiga inexplicable con pérdida de la energía, disminución de la habilidad de concentración (Kaplan y otros. 1991). Algunas veces se presentan síntomas orgánicos como dolor localizado, alteraciones digestivas severas o dificultades respiratorias. Se utilizan criterios diagnósticos aceptados y estandarizados para diferenciar la depresión "normal" (causada por una decepción, una pérdida o por tener un "mal día") de la depresión patológica. Los criterios diagnósticos para los trastornos afectivos están en constante evolución, estableciéndose las nosologías actuales a partir del DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4° Edición) en Estados Unidos y del ICD-10 (International Classification of Diseases) en otros países.

Epidemiología e impacto.

De acuerdo a datos obtenidos de la National Comorbidity Survey, la prevalencia de la depresión a lo largo de la vida es de 21.3% en mujeres y 12.7% en hombres. Los trastornos depresivos constituyen casi el 41,9% de los casos de discapacidad debida entre las mujeres, mientras que entre los hombres causan el 29,3%. Los principales problemas de salud mental de la tercera edad son la depresión, los síndromes orgánicos cerebrales y la demencia y la mayoría son mujeres. Hasta un 20% de las personas que reciben atención primaria de la salud mental en los países en desarrollo sufren ansiedad y/o trastornos depresivos. Algunos reportes han predicho que la depresión puede llegar a ser para el

2020 la segunda causa de la discapacidad mundial. Por otra parte, la depresión como enfermedad también presenta diferencias de género. Se ha visto que además de ser más prevalente en mujeres, también es más persistente, aunque, esto aún es controvertido y es necesario más estudios al respecto (OMS).

LOS CAMBIOS HORMONALES EN LAS MUJERES RELACIONADOS A LA DEPRESION.

En la actualidad es bien sabido que la ausencia o presencia de hormonas esteroides tales como el estrógeno y la progesterona pueden influir en la regulación del estado de ánimo. Así, se ha relacionado un aumento de los niveles de ansiedad y depresión con los descensos súbitos de los niveles de las hormonas ováricas, tales como el estradiol y la progesterona. Estos cambios se han observado en periodos específicos de la vida de la mujer como el premenstrual, el postparto y el perimenopaúsico (Halbreich, y otros, 2001) (Pearlstein, 1995)(Schmidt, y otros, 1997). Asimismo, se ha visto que la administración de estrógenos como monoterapia durante la postmenopausia mejora los síntomas de ansiedad y depresión y no otros síntomas afectivos como: somatización, síndromes obsesivo-compulsivos y sensibilidad interpersonal, los cuales sí mejoran con la asociación de estrógenos y progestágenos(Paoletti, y otros, 2001).

En forma interesante, algunos reportes mostraron que la ausencia de hormonas ováricas modifica los estados afectivos. Esto podría estar relacionado con los cambios en los sistemas de neurotransmisión que son blanco de las hormonas gonadales y que han sido implicados en la modulación de la ansiedad y la depresión. Por ejemplo, se encontró que la ovariectomía disminuye el efecto ansiolítico del neuroesteroide allopregnanolona (Lacon, y otros, 2001) y promueve un aumento o disminución de los sitios a benzodiazepinas dependiendo del área cerebral estudiada (Bosse, y otros, 1996). Asimismo, se ha reportado que la administración de estrógenos incrementa la actividad monoaminérgica, la capacidad de respuesta serotoninérgica postsináptica, el número de receptores serotoninérgicos y el transporte y recaptura del neurotransmisor. Por otra parte, los estrógenos también incrementan la síntesis de serotonina a través de la activación de la triftofano hidroxilasa. Se han encontrado que la administración de estrógenos produce mayores niveles séricos del metabolito 5-HIAA así como una regulación a la alza de los receptores 5-HT1A y una disminución de la actividad de la enzima MAO (Halbreich, y otros, 2001) (McEwen, y otros, 1999) lo cual es similar a lo que ocurre con la administración de fármacos antidepresivos. En general estos resultados han permitido

proponer que las hormonas gonadales ejercen un papel modulador sobre los estados afectivos probablemente a través de la regulación de los sistemas de neurotransmisión. En resumen todos estos antecedentes nos hacen suponer que las alteraciones hormonales producen un aumento de riesgo para la depresión en las mujeres durante la perimenopausia, sin embargo es interesante el que no se haya podido identificar claramente esta relación. Esto nos hace suponer que existen otros factores asociados. Por otra parte la personalidad es una característica muy importante que puede favorecer una susceptibilidad para la patología. Actualmente existen pocos estudios que revisen la relación de la personalidad en este grupo de pacientes.

JUSTIFICACIÓN

La personalidad es una de las características que identifica a cada individuo, se ha visto que en algunos casos de psicopatología, se pueden identificar algunas características específicas de la personalidad. En el caso de las mujeres se ha descrito que es un grupo de mayor riesgo para la presentación de depresión tanto por causas sociales, ambientales como por factores biológicos. La perimenopausia es una etapa de la vida crítica en la cual el riesgo para la depresión puede aumentar. Los estudios sobre esto son controversiales, a pesar de que se ha estudiado este fenómeno desde diferentes enfoques. Aunado a esto, no se ha estudiado si las características de la personalidad tienen alguna influencia en la presentación de la depresión en este grupo de mujeres. El identificar las características de la personalidad en este grupo de edad y sexo, nos podría dar base para iniciar la identificación de factores en esta área que pudieran posteriormente darnos base para investigar si tuvieran relación con la presencia de depresión.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características de la personalidad en las mujeres con depresión en la etapa perimenopáusica?

HIPÓTESIS

Las mujeres que presentan un trastorno depresivo mayor durante la perimenopausia tienen características de la personalidad particulares como la elevada evitación al daño y baja cooperatividad diferentes que la población general.

OBJETIVOS

Evaluar y describir las características de la personalidad en las mujeres de 45 a 60 años de edad que acudieron a la preconsulta y tienen diagnóstico de trastorno depresivo mayor durante la perimenopausia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar las características del temperamento en las mujeres de 45 a 60 años de edad que acudieron a la preconsulta y tienen diagnósticos trastorno depresivo mayor durante la perimenopausia.
- Evaluar las características del temperamento en las mujeres de 45 a 60 años de edad que acudieron a la preconsulta y tienen diagnósticos trastorno depresivo mayor durante la perimenopausia.

METODOLOGÍA

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, aleatorio, transversal, de observación y homodémico.

POBLACIÓN EN ESTUDIO

El Grupo poblacional a estudiar es el de mujeres que están en periodo perimenopáusico, con diagnóstico de trastorno depresivo mayor.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron a mujeres de 45 a 60 años de edad que hayan acudido al servicio de preconsulta en los meses de junio y julio de 2007, que sepan leer y escribir, que cursen cumplan criterios diagnósticos según DSM IV-R para trastorno depresivo, que presenten sintomatología asociada al periodo perimenopausico definido mediante entrevista dirigida estructurada que presenten por lo menos una amenorrea de por lo menos 3 meses hasta 2 años en el periodo en que acudieron a la preconsulta o irregularidades menstruales relacionadas al cese de la menstruación, y que aceptaron participar en el protocolo.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes analfabetas

Pacientes que no tengan los criterios de inclusión.

Pacientes que no acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Pacientes que no concluyan los cuestionarios autoaplicables.

Pacientes que decidan no participar aún después de haber contestado los cuestionarios.

VARIABLES

VARIABLES CATEGÓRICAS

La edad fue definida como la edad cumplida en años.

La escolaridad se definió como el grado máximo de estudios alcanzados por cada paciente.

La actividad laboral se definió como la que desempeñaban en el momento de la aplicación de los instrumentos.

VARIABLES DIMENSIONALES.

Las características de la personalidad fueron definidas según las descritas en el inventario del temperamento y carácter de Cloninger en las diferentes escalas y subescalas.

INSTRUMENTOS DE EVALUACION

La entrevista clínica convencional, realizada por médico psiquiatra.

MINI

Inventario de Temperamento y Carácter (ITC)

INVENTARIO DE TEMPERAMENTO Y CARÁCTER.

C Robert Cloninger presentó su teoría biopsicosocial de la personalidad fundamentada en un sistema dimensional no categórico. Basándose en conocimientos biogenéticos sobre la estructura que modifica la respuesta adaptativa del individuo hacia el daño, la evitación y la recompensa, formuló un sistema que describe el temperamento del individuo según la interacción de estas dimensiones. Tiempo después Cloninger complementó esta descripción temperamental del individuo con la descripción de otras tres dimensiones caracterológicas centradas más en el aprendizaje consciente y social del individuo que con su entorno. (Cloninger, 1987), (Cloninger, y otros, 1993).

Las dimensiones del temperamento se definieron en términos de las diferencias individuales en el aprendizaje asociativo, en la respuesta a la novedad, al peligro y al castigo o a la recompensa.

El primer factor del 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 búsqueda de una recompensa, así como involucración a una rápida pérdida del temperamento, y una evitación activa ante la frustración.

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 desconocidos y facilidad para cansarse.

EL tercer factor de temperamento, dependencia a la recompensa, es visto como un rasgo heredable sobre el mantenimiento o continuación de comportamiento, y se manifiesta de la siguiente manera: sensibilidad, necesidad de vinculación social y dependencia a ser aprobado por otras personas.

Después de confirmar la estructura genética de las cuatro dimensiones del temperamento, se realizaron otros estudios para identificar a los factores de la personalidad que eran reportados y que no se correlacionaban con lo que era medido por el TPQ.

Estas observaciones surgieron que los aspectos de la personalidad que no fueron medidos por el TPQ, eran los que correspondían a las dimensiones del carácter, relacionadas con aceptación propia del individuo, con la de las demás personas, y la aceptación de la naturaleza en general. Los individuos con personalidades maduras, son seguros de sí mismos, cooperadores y capaces de trascender. En contraste aquellos con trastornos de personalidad tienen dificultad para aceptarse a sí mismos, son intolerantes y vengativos y pueden llegar a sentirse vacíos y sin continuidad. 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. El ITC evalúa siete rasgos de personalidad o de comportamiento de nivel superior. Estos incluyen cuatro dimensiones de temperamento de nivel superior y tres dimensiones de carácter de nivel

superior. Cada uno de estos factores de temperamento y de carácter de nivel superior, son multidimensionales y están formados por rasgos de nivel inferior. En total se consideran 25 rasgos de nivel inferior, doce de temperamento y trece de carácter.

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 al daño, dependencia a la recompensa y persistencia.

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 carácter se encuentran moderadamente influenciadas por el aprendizaje sociocultural y maduran de manera progresiva a lo largo de la vida. Las 3 dimensiones del carácter que el ITC maneja son la autodirección, la cooperatividad, y la autotranscendencia. Cada uno de estos aspectos de la personalidad interactúa para promover una adaptación a las experiencias de la vida y a la vez guardan influencia en la susceptibilidad del individuo hacia los trastornos emocionales y del comportamiento (Sánchez de Carmona, y otros, 1996).

PROCEDIMIENTO

Las pacientes fueron captadas a partir del registro de las pacientes que acudieron a la preconsulta en los meses de mayo y junio de 2007 y recibieron algún diagnóstico afectivo tipo depresivo y recibieron tratamiento en la institución. Se les realizó una invitación vía telefónica para participar en el estudio, en caso de aceptar se les dio una cita.

La evaluación de las pacientes, se realizará mediante de obtención de datos del expediente, entrevista clínica, enfocada a la descripción de sintomatología climatérica y la aplicación del Inventarió de Temperamento y carácter (ITC)

Se captaron 80 pacientes dentro del rango de edad que acudieron a la preconsulta en el periodo de mayo a junio de 2007 de las cuales solo 41 cumplieron con criterios diagnósticos según el DSM IV de trastorno depresivo mayor. Sólo 21 pacientes decidieron

participar en nuestro estudio, de las cuales, incluimos únicamente 18 ya que las siguientes 3 llenaron parcialmente los cuestionarios.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todas las pacientes fueron informadas sobre el estudio a realizar de manera verbal y por escrito. Las pacientes que estuvieron de acuerdo en participar en el estudio firmaron el consentimiento informado del cual se les entregó una copia.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para describir la muestra se utilizó promedio y desviación estándar para las variables dimensionales. Para la descripción de las variables categóricas de la muestra se utilizó frecuencias y porcentajes. Se utilizó el programa de SPSS para calificar los ítems del cuestionario ITC.

RESULTADOS

De las 80 pacientes que acudieron a la preconsulta, 41 cumplieron con criterios según el DSM IV de trastorno depresivo mayor.

El 50% de las pacientes que acudieron a la preconsulta, presentaron un diagnóstico de trastorno depresivo mayor según criterios del DSM IV y de este grupo sólo el 50% de ellas acudieron y aceptaron participar en este estudio. Del total de las pacientes que aceptaron participar, se incluyeron en el estudio únicamente el 85% de ellas, ya que el resto completó parcialmente los instrumentos de evaluación.

De las 18 pacientes incluidas en el estudio, tenían una edad promedio de 51.47 \pm 3.9, el 55% de esta población terminó la primaria, 33% terminó la secundaria y 16% culminó estudios universitarios. En cuanto al estado civil, 61% eran casadas, 16% solteras 0.5% viudas y 0.5% separadas. El 83% de ellas estaban dedicadas al hogar, 33% eran empleadas y 0.5% jubiladas. El 100% de la población tenían 6 meses de tratamiento farmacológico con buena respuesta al mismo. Con respecto al tratamiento farmacológico, el 83% utilizaba algún ISRS, mientras que 1% utilizaba algún tricíclico, 0.5% utilizaba tratamiento con antidepresivo dual y 0.5% ya no tenían tratamiento. El 50% de ellas reportó síntomas emocionales durante la menstruación a lo largo de su vida y 88% de ellas, reportó síntomas climatéricos comórbidos con el episodio depresivo. Todas ellas negaron episodios depresivos previos que ameritaran tratamiento.

Temperamento	n=	media de la muestra en estudio (reactivos)	de +- de +- de	Media de la pob mex +- de	Media de la pob ref (Cloninger) +- de
subescalas y núm. de reactivos					
Búsqueda de la novedad 40	18	19.22	4.67	18.7 \pm 4.0	20.2 \pm 5.1

NS1 Excitabilidad exploratoria vs rigidez 11	18	5.67	1.88	5.9 ± 1.5	6.9 ± 2.2
NS2 Impulsividad vs reflexión 10	18	5.89	2.35	4.1 ± 1.7	3.9 ± 2.5
NS3 Extravagancia vs dirección 9	18	3.44	1.54	4.0 ± 1.1	4.7 ± 2.0
NS4 Desorden vs restricción 10	18	4.22	1.70	4.7 ± 1.5	4.5 ± 2.0
Evitación al daño 35	18	16.17	5.25	14.2 ± 4.3	12.6 ± 7.1
HA1 Preocupación vs optimismo 11	18	4.89	2.32	4.6 ± 1.7	3.5 ± 2.7
HA2 Miedo a lo incierto vs confianza 7	18	3.28	1.53	3.1 ± 1.5	3.1 ± 1.7
HA3 Timidez vs gregarismo 8	18	3.44	1.25	3.8 ± 1.1	2.9 ± 2.2
HA4 Fatigabilidad y astenia vs vigor 9	18	4.56	1.76	2.8 ± 1.6	2.9 ± 2.4
Dependencia a la recompensa 24	18	13.94	3.08	13.3 ± 2.4	13.9 ± 4.1
RD1 Sensibilidad vs insensibilidad 10	18	6.56	1.58	5.5 ± 1.9	5.5 ± 2.2
RD3 Apego vs separación 8	18	4.83	1.79	4.5 ± 1.4	4.9 ± 2.2
RD4 Dependencia vs independencia 6	18	2.56	1.20	3.1 ± 1.1	3.4 ± 1.3
RD2 Persistencia vs irresolución 8	18	3.83	1.72	3.5 ± 1.5	4.7 ± 1.8

Tabla 1 .- Promedio y desviación estándar en las escalas de temperamento del Inventario de personalidad y carácter.

Carácter	n=	media de la muestra en estudio (reactivos)	de +-	Media de la pob mex +- de	Media de la pob ref (Cloninger) +- de
subescalas y numero de reactivos					
Autodirección 44	18	22.22	8.14	24.5 ± 5.7	29.9 ± 10.8
SD1 Responsabilidad vs culpabilidad 8	18	3.83	2.04	4.4 ± 0.9	5.9 ± 2.5
SD2 Determinación vs sin dirección 8	18	4.50	1.86	4.7 ± 1.3	5.6 ± 2.3
SD3 Con recursos vs apatía 5	18	2.50	1.54	2.4 ± 0.9	3.6 ± 1.6
SD4 Autoaceptación vs lucha interna 11	18	4.61	2.28	5.6 ± 2.5	6.4 ± 2.9
SD5 Congruencia con ideales 12	18	6.78	2.39	7.4 ± 2.3	8.2 ± 3.2
Autotrascendencia 33	18	13.89	4.74	14.9 ± 6.4	16.4 ± 6.2
ST1 Concentración creativa vs conciencia 11	18	5.39	2.17	6.0 ± 2.8	5.9 ± 2.6
ST2 Identificación transpersonal 9	18	3.33	1.94	4.7 ± 2.0	4.3 ± 2.1
ST3 Aceptación espiritual vs materialismo 13	18	5.17	2.12	4.1 ± 2.7	6.1 ± 3.1
Cooperatividad 42	18	23.72	5.73	26.1 ± 3.1	28.22 ± 9.9

C1 Aceptación social vs intolerancia 8	18	4.78	1.59	4.8 ± 0.8	5.5 ± 2.5
C2 Empatía vs desinterés social 7	18	3.61	1.58	4.2 ± 0.9	4.4 ± 1.9
C3 Capacidad de ayuda vs incapacidad 8	18	5.17	1.15	5.3 ± 0.8	5.4 ± 2.0
C4 Compasión vs venganza 10	18	4.61	2.06	5.4 ± 1.3	6.9 ± 3.1
C5 Integridad vs falta de escrúpulos 9	18	5.56	2.01	5.3 ± 1.2	5.8 ± 2.1

Tabla 2.- Promedio y su desviación estándar en las escalas del carácter del Inventario de personalidad y carácter.

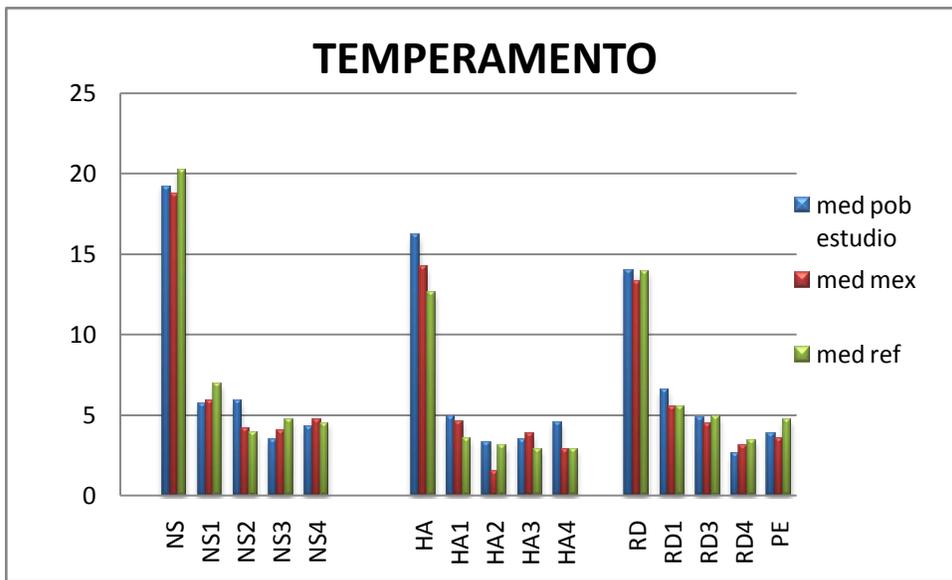


Ilustración 2 Gráfica que representa las medias de la muestra comparada con las reportadas en población mexicana y general en las escalas de temperamento.

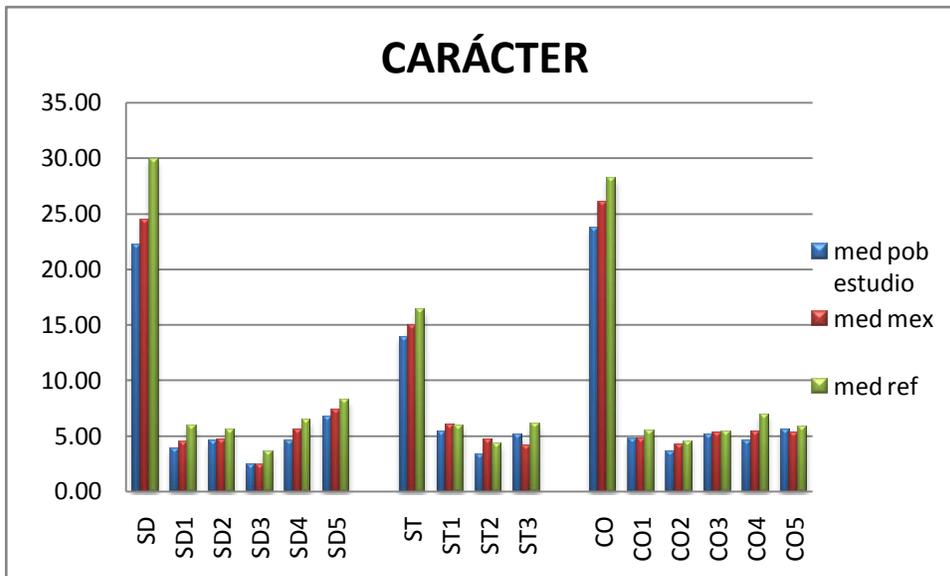


Ilustración 3.- Gráfica que representa las medias de la muestra comparada con las reportadas en población mexicana y general en las escalas del carácter.

Los resultados encontrados en este grupo de pacientes se describen en las tablas anteriores.

En esta muestra se encontró en las escalas de temperamento los siguientes resultados, en la escala de búsqueda de la novedad tuvo una media de 19.22 +-4.67, la evitación al daño se obtuvo un valor de 16.7 +-5.25 y la dependencia a la recompensa obtuvo un valor de 13.94+-5.25. En el caso de las escalas que midieron el carácter, se encontró que la escala de autodirección tuvo un valor de 22.2+- 8.14, la de autotranscendencia tuvo 13.9 +-4.74 y la de cooperatividad tuvo un valor de 23.72 +-5.73

Dado que los modelos de la personalidad propuestos estima que alteraciones en la personalidad se encontrarían en aquellos sujetos que tuvieran puntuaciones elevadas en alguno de los factores. En este sentido, observamos en los resultados, en el caso de las escalas del temperamento aunque de manera general no hay puntuaciones extremas, sí observamos una tendencia a la alza en la puntuación en la escala de la evitación al daño y en la subescala HA4 de evitación al daño. En las escalas del carácter observamos que es menor que la reportada en la población de Cloninger. La escala de cooperatividad si se encuentra dirigida a baja puntuación y es menor comparada con la reportada

previamente. La escala de autotrascendencia también se encuentra menor a la reportada tanto en población mexicana como en la población descrita por Cloninger.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como ya ha sido mencionado, la depresión es una patología mental que esta alcanzando dimensiones muy importantes, que ocasionan gran disfunción global. Se sabe que algunos factores tanto biológicos como psicosociales, modulan la presentación de esta enfermedad. En este sentido se sabe, la existencia de reportes clínicos divergentes sobre la relación entre los niveles hormonales gonadales y los estados afectivos del tipo depresivo (Bierut, y otros, 2006)(Huerta R, 1995.). Por lo tanto es importante definir que otras variables pueden estar relacionadas en esta etapa de la vida. Por otra parte se sabe que la personalidad juega un papel muy importante en el desarrollo de psicopatología y es importante por lo tanto, describir que características existen en la personalidad en las mujeres que se desarrollan depresión en épocas vulnerables de su vida como son las etapas de cambios súbitos hormonales.

En esta muestra se encontró elevada evitación al daño y bajos niveles de cooperatividad. En estudios previos donde se ha tratado de identificar características de la personalidad relacionadas a la depresión a través de ITC, también han encontrado una la elevada evitación al daño (Hansenne M, 1999)(Jurado D, 2005) (de Winter, y otros, 2007), aunque en estos estudios no evaluaron una relación con el género. Jurado únicamente encontró predominio de síntomas depresivos en mujeres en un grupo de trabajadores sin que hay podido relacionar esto con características de la personalidad. Esto es interesante pues resulta congruente con lo obtenido en la literatura para muestras poblacionales mixtas. En este grupo de edad resulta interesante que el primer episodio depresivo lo hayan cursado hasta la época perimenopausica. Si sabemos que los cambios hormonales promueven una vulnerabilidad para la presentación de síntomas depresivos (Bierut, y otros, 2006) aunque no en todas las mujeres se producen síntomas depresivos en esta etapa podemos pensar en que algunas mujeres presentan probablemente incremento en la evitación al daño, lo cual les da cierta vulnerabilidad que se incrementa en la etapa perimenopausica lo cual hace sinergia para la aparición de sintomatología afectiva tipo depresiva. Probablemente estas mujeres tuvieron buena resiliencia a lo largo de su vida que les permitió cursar libre de sintomatología afectiva a lo largo de su vida a pesar de esta susceptibilidad en el

carácter y que se agotó al llegar la etapa perimenopausica donde los cambios hormonales y de vida son muy importantes. Por otro lado la baja cooperatividad ha sido reportada en pacientes deprimidos que tenían persistencia o residuos de sintomatología ansiosa.(Marchesi, y otros, 2008). Contrariamente esto no ha sido reportado en pacientes deprimidos. Sin embargo existe una alta comorbilidad entre los pacientes que cursan con episodios depresivos y síntomas ansiosos. De hecho algunos de los criterios diagnósticos son cruzados en ambos trastornos. Por lo tanto es posible que estas pacientes aunque no tenían diagnóstico principal ansioso, sí cursaban con sintomatología ansiosa concomitante y dada la evidencia clínica, esto explica que estas mujeres también presentaran una baja cooperatividad.

No se puede negar que a veces los trastornos mentales diagnosticados en lo que se llama de eje I pueden estar relacionados a los problemas mentales relacionados a la personalidad o también ubicados en el eje II. De hecho, algunos autores han llegado a considerar a los trastornos clínicos como una presentación subclínica de los trastornos de personalidad, mientras que otros sugieren que la personalidad y sus trastornos pudiera ser una factor de vulnerabilidad y/o etiológico de algún trastorno mental. En este sentido, se ha descrito una gran variabilidad entre los trastornos afectivos unipolares y los trastornos de personalidad que va desde 23 a 90%. Esto es explicable por la diversidad de muestras, metodología e instrumentos utilizados. Esta variabilidad disminuye cuando se utiliza el mismo instrumento de medición. Por ejemplo, en 1991 Tyrer (Tyrer, y otros, 1991) reportó la prevalencia de los trastornos de la personalidad en la población general entre 6 y 11%, en tanto que para Dolan en 1995 (Dolan, y otros, 1995) la media de los trastornos de la personalidad en cada paciente es de entre 1.5 a 5.6. Algunos estudios han encontrado mayor relación en problemas caracterológicos con la distimia, seguida de la depresión mayor (Oldham, y otros, 1992). Por otro lado se ha encontrado que el trastorno de personalidad más relacionado a la depresión es el límite. Aún así otros estudios han reportado que los trastornos de personalidad más frecuentemente asociados a trastornos afectivos son el dependiente y por evitación, mientras que el trastorno límite era más frecuente en los trastornos de ansiedad. Asimismo, algunos investigadores han reportado

que los individuos con historia de depresión se caracterizan por tener altos índices en los rasgos de personalidad mal adaptativos como neuroticismo, introversión y dependencia interpersonal. Estos estudios se realizaron antes de que Cloninger propusiera su teoría del temperamento y el carácter.

Cloninger propuso una teoría biosocial de la personalidad, en la que inicialmente observó tres dimensiones de temperamento basándose en las características estímulo- respuesta de los individuos respecto a la búsqueda de la novedad, la evitación del castigo y la dependencia de la recompensa, según los aspectos genéticos neuroanatómicos que pudieran originarlas, así como en relación con las respuestas adaptativas y la variación ambiental. Posteriormente agregó una cuarta dimensión con base a la persistencia. La interacción funcional de estas cuatro dimensiones lleva a patrones integrados de respuestas distintos de la novedad, el castigo, la recompensa y la persistencia como parte del temperamento del individuo, que se manifiesta desde los primeros años de la vida y que provocan formas preconstruídas en la memoria perceptual y en la formación de hábitos. Asimismo, propuso los mecanismos anatomobioquímicos que pudiera dar cada perfil de conducta basándose, principalmente en los sistemas noradrenergico, serotoninérgico y dopaminérgico. Además, incluye 3 dimensiones del carácter que se desarrollan durante la vida y que finalmente repercuten en su funcionamiento personal y social. Las características que incluyen son: la identificación como individuo autónomo (autodirección), como parte de una sociedad (cooperatividad) y como parte integral del universo (autotrascendencia). Las variantes de las posibles combinaciones de estas características estímulo-respuesta son similares a las descripciones tradicionales de los trastornos de la personalidad, lo cual pudiera reconciliar la aproximación categórica y dimensional de estos trastornos.

En este estudio tenemos varias limitaciones, como son el tamaño de la muestra, la falta de un grupo control. Sin embargo puede considerarse un estudio piloto descriptivo de las

características de la personalidad en este grupo de pacientes. Los hallazgos pueden ser un antecedente para continuar la investigación en este tipo de población.

La mayoría de los ensayos clínicos se han realizado en hombres ya que se considera que en los grupos de mujeres existen más dificultad para analizar las diferentes variables que pueden influir en los resultados. Sin embargo estas mismas variables conducen a un aumento en la vulnerabilidad para la presentación de enfermedades mentales las cuales ya se han descrito con mayor riesgo en este género. Por otro lado se ha asociado esta vulnerabilidad a los cambios hormonales súbitos como en el periodo premenstrual (Jurado D, 2005) o la perimenopausia (Bierut, y otros, 2006). En otros casos han asociado la presencia de hormonas gonadales femeninas como factor de vulnerabilidad para la depresión ya que en las mujeres en etapa postmenopausica presentan un riesgo similar al de los hombres de la misma edad para la depresión. Algunos autores han descrito que la depresión en durante la perimenopausia se debe, más que a cambios hormonales, a cambios en el estado de vida, roles y factores estresantes ambientales y culturales transicionales con respecto a la edad y los cambios esperados socialmente. Dado el antecedente de las características de personalidad que se encuentran más relacionados a episodios depresivos, es posible que estas características sean un factor más que promueve que mujeres que se encuentran en esta transición de vida reproductiva a no reproductiva sean más proclives a desarrollar síntomas afectivos. Una gran posibilidad es que la suma de factores predisponentes descritos aquí favorezca la presentación de sintomatología afectiva y que la existencia de sólo algunos de ellos no sea suficiente para la aparición de un episodio afectivo. Esto explicaría el que los diversos estudios hayan sido divergentes en la relación entre los cambios hormonales en la perimenopausia y la depresión.

Por otra parte se ha visto que algunas características de la personalidad pueden predecir mejor respuesta al tratamiento. Por ejemplo Nelson encontró que la baja evitación al daño y la alta dependencia a la recompensa fueron predictores de buena respuesta ante tratamientos antidepresivos (Cloninger, y otros, 1993). Esto se ha visto relacionado con la descripción anatomobioquímica del temperamento con la depresión, ya que lo

encuentran relacionado a la utilización de fármacos que actúan en sistema serotoninérgico. Algunos estudios han tratado de evaluar si la parte biológica puede estar modulando la personalidad a través de la identificación de características génicas relacionadas al temperamento. El genotipo II del polimorfismo del promotor para el transportador de serotonina fue relacionado con mayor persistencia, más alta evitación al daño y dependencia a la recompensa, además de baja sensibilidad al castigo. Algunos estudios han encontrado una relación entre los polimorfismos al gen para el receptor 5-HT₂, y la autodirección y búsqueda de la novedad, lo cual puede sugerir que los rasgos de la personalidad pueden estar modulados genéticamente y por lo tanto ser predictores de la respuesta a tratamiento. Aun son necesarios más estudios que evalúen algunas otras áreas de la neuromodulación y las características de la personalidad.

En conclusión este breve estudio nos permite sugerir que las mujeres en esta etapa de la vida que presentaron episodios depresivos tienen características de la personalidad donde con baja cooperatividad y alta evitación al daño. Según recomendaciones de la OMS es necesario recoger datos de la prevalencia y las causas de los problemas de salud mental en las mujeres así como de los factores mediadores y protectores, lo cual trata de favorecer este estudio. Esto con el fin de promover la formulación y puesta en funcionamiento de medidas de salud que atiendan las necesidades y preocupaciones de las mujeres desde la infancia hasta la vejez, poniendo especial énfasis en aquellas etapas de la vida en las cuales aumentan los riesgos para enfermedades mentales afectivas como la perimenopausia. Por otro lado estos estudios ayudarán a mejorar las competencias de los profesionales de atención primaria de la salud para reconocer y tratar las consecuencias que múltiples factores ambientales, biológicos y sociales pueden afectar la salud mental de las mujeres.

RELACIÓN DE ILUSTRACIONES Y TABLAS

ILUSTRACIÓN 1. ESQUEMA QUE ILUSTRAS LAS ETAPAS CRONOLÓGICAS DE LA TRANSICIÓN DEL ESTADO REPRODUCTIVO AL NO REPRODUCTIVO.	15
ILUSTRACIÓN 2 GRÁFICA QUE REPRESENTA LAS MEDIAS DE LA MUESTRA COMPARADA CON LAS REPORTADAS EN POBLACIÓN MEXICANA Y GENERAL EN LAS ESCALAS DE TEMPERAMENTO.	33
ILUSTRACIÓN 3.- GRÁFICA QUE REPRESENTA LAS MEDIAS DE LA MUESTRA COMPARADA CON LAS REPORTADAS EN POBLACIÓN MEXICANA Y GENERAL EN LAS ESCALAS DEL CARÁCTER.	34
TABLA 1 .- LOS VALORES DE LAS MEDIAS Y SU DESVIACIÓN ESTANDAR EN LAS ESCALAS DE TEMPERAMENTO DEL INVENTARIO DE PERSONALIDAD Y CARÁCTER.	32
TABLA 2.- LOS VALORES DE LAS MEDIAS Y SU DESVIACIÓN ESTANDAR EN LAS ESCALAS DEL CARÁCTER DEL INVENTARIO DE PERSONALIDAD Y CARÁCTER.	33

BIBLIOGRAFÍA

1. **Adams K., Dunlap S, Sueta C., Clarke S., Patterson J., Blauwet M., Jensen L., Tomasko, L y Koch G** Relation between gender, etiology, and survival in patients with symptomatic heart failure. [Publicación periódica] // J. Am. Coll. Cardiol. . - 1996. - págs. 28: 1781-1788. .
2. **Alonso P Menchón JM, Jiménez S, Segalàs J, Mataix-Cols D, Jaurrieta N, Labad J, Vallejo J, Cardoner N, Pujol J.** Personality dimensions in obsessive-compulsive disorder: Relation to clinical variables. [Publicación periódica] // Psychiatry Res.. - Jan de 2008. - 1-3 : Vol. 157. - págs. 159-68..
3. **Anger Meyer MC Kuhn L.** Gender differences in age at onset of schizophrenia. An overview. [Publicación periódica] // European Arch. Psychiatry Neurol. Sci. . - 1988.. - págs. 237: 351-364. .
4. **Armendariz V** Asociación del trastorno disforico menstrual con dimensiones de temperamento y carácter. [Informe]. - Mexico D.F : Departamento de Salud mental Facultad de Medicina UNAM, 1996.
5. **Barnes NM Sharp T.** A review of central 5-HT receptors and their function. [Publicación periódica] // Neuropharmacology. . - 1999.. - págs. 38:1083-1152. .
6. **Biederman J, Rosebaum JG y Bolduc-Murphy EA** A 3 year follow up of children with and without behavioral inhibition. [Publicación periódica] // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry,. - 1993.. - págs. 32:814-821,.
7. **Bierut LJ [y otros]** Risk for new onset of depression during the menopausal transition: the Harvard study of moods and cycles [Publicación periódica] // Arch Gen Psychiatry. - 2006. - págs. Apr;63(4):385-90..
8. **Bierut LJ [y otros]** Risk for new onset of depression during the menopausal transition: the Harvard study of moods and cycles. [Publicación periódica] // Arch Gen Psychiatry.. - 2006. - págs. Apr;63(4):385-90..
9. **Blier P Chaput Y, de Montigny C.** Long-term 5-HT reuptake blockade, but not monoamine oxidase inhibition, decreases the function of terminal 5-HT autoreceptors: an electrophysiological study in the rat brain. [Publicación periódica] // Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol, . - 1988. - págs. 337: 246-254.
10. **Blier P de Montigny C** Current advances and trends in the treatment of depression. [Publicación periódica] // Trends Pharmacol Sci. . - 1994. - págs. 15: 220-226..
11. **Bosse R Di Paolo T.** The modulation of brain dopamine and GABAA receptors by estradiol: a clue for CNS changes occurring at menopause. [Publicación periódica] // Cell Mol Neurobiol . - 1996.. - págs. 16:199-212..
12. **Bosse R Rivest R, Di Paolo T** Ovariectomy and estradiol treatment affect the dopamine transporter and its gene expression in the rat brain. [Publicación periódica] // Brain Res Mol Brain Res. . - 1997.. - págs. 46: 343-6..
13. **Bosse R y Di Paolo T** The modulation of brain dopamine and GABAA receptors by estradiol: a clue for CNS changes occurring at menopause. [Publicación periódica] // Cell Mol Neurobiol . - 1996. - págs. 16:199-212..

14. **Bruce ML [y otros]** Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. [Publicación periódica] // Arch Gen Psychiatry.. - 2004 . - págs. Jan;61(1):62-70. .
15. **Bruce ML McAvay GJ, Raue PJ, Brown EL, Meyers BS, Keohane DJ, Jagoda DR, Weber C.** Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. [Publicación periódica] // Arch Gen Psychiatry.. - 2004 . - págs. Jan;61(1):62-70.
16. **Cabral Marcos Avila del** Técnicas de estudio sobre la personalidad [Libro]. - Lima Perú : Ediciones Afiche, 1970.
17. **Calati R Giegling I, Rujescu D, Hartmann AM, Möller HJ, De Ronchi D, Serretti A.** Temperament and character of suicide attempters. [Publicación periódica] // J Psychiatr Res. . - 2007 . - pág. Dec 3.
18. **Christiansen C** Osteoporosis: diagnosis and management today and tomorrow. [Publicación periódica] // Bone. - 1995. - págs. 17: 513S-516S..
19. **Cloninger CR y Giligan SB** Tirdimensional Personality Questionnaire US normative data. [Publicación periódica] // Psychol Rep . - 1991. - págs. 69: 1047-1057.
20. **Cloninger CR, Srakic DM y Przybeck TR** A psychobiological model of temperament and character. [Publicación periódica]// Arch Gen Psychiatry. - 1993. - págs. 50:975-990.
21. **CLONINGER CR:** A systematic method for clinical description and classification of personality variants. [Publicación periódica] // Arch Gen Psychiatry,. - 1987. - págs. 44:573-588, .
22. **CN. Epperson** Postpartum major depression: detection and treatment. [Publicación periódica] // Am Fam Physician. . - 1999.. - págs. 15: 2247-2254, 2259-2260..
23. **De Montigny C Blier P, Chaput Y** Electrophysiologically-identified serotonin receptors in the rat CNS. Effect of antidepressant treatment. [Publicación periódica] // Neuropharmacology. . - 1984.. - págs. 23: 1511-1520. .
24. **de Winter RF [y otros]** Character and temperament in major depressive disorder and a highly anxious-retarded subtype derived from melancholia. [Publicación periódica] // Compr Psychiatry. . - 2007 . - págs. Sep-Oct;48(5):426-35..
25. **de Winter RF Wolterbeek R, Spinhoven P, Zitman FG, Goekoop JG.** Character and temperament in major depressive disorder and a highly anxious-retarded subtype derived from melancholia. [Publicación periódica] // Compr Psychiatry. . - 2007 . - págs. Sep-Oct;48(5):426-35..
26. **Detke MJ Lucki I** Detection of serotonergic and noradrenergic antidepressants in the rat forced swimming test: the effects of water depth. [Publicación periódica] // Behav Brain Res,. - 1996.. - págs. 73: 43-46. .
27. **Dolan B, Evans C y Norton K** Multiple axis II diagnoses of personality disorder [Publicación periódica] // Br J Psychiatry,. - 1995. - págs. 166: 107-102.
28. **Estrada-Camarena E Fernandez-Guasti A, Lopez-Rubalcava C** Antidepressant-like effect of different estrogenic compounds in the forced swimming test. [Publicación periódica] // Neuropsychopharmacology.. - 2003.. - págs. 28:830-838..

29. **EW Sammel MD, Lin H, Nelson DB.** Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. [Publicación periódica] // CMAJ.. - Mar de 1996. - 6 : Vol. 154. - págs. 785-99.
30. **Eysenck H J** Four ways five factors are not basic. [Publicación periódica] // Personality and individual differences.. - 1992. - págs. 13, 667-673.
31. **F Borsini** Role of the serotonergic system in the forced swimming test. [Publicación periódica] // Neurosci. Behav. Rev. . - 1995.. - págs. 19: 377-395..
32. **Fernandez-Guasti A Picazo O** Anxiolytic actions of diazepam, but not of buspirone, are influenced by gender and the endocrine stage. [Publicación periódica] // Behav. Brain. Res.. - 1997.. - pág. 1997..
33. **Freud. Sigmund** Obras Completas. [Libro]. - [s.l.] : Amorrortu Editores., 1970.
34. **Galeeva A Tuohimaa P** Analysis of mouse plus-maze behavior modulated by ovarian steroids. [Publicación periódica] // Behav Brain Res.. - 2001.. - págs. 119:41-47. .
35. **Gater R Tansella M, Korten A, Tiemens BG, Mavreas VG, Olatawura MO.** Gender differences in depression: implications for treatment. [Publicación periódica] // J Clin Psychiatry. . - 1997. - págs. 58 Suppl 15:12-8 .
36. **Goldman LS Nielsen NH, Champion HC.** Antepartum and postpartum depression. [Publicación periódica] // J Gend Specif Med.. - 1998 . - págs. Oct-Nov;1(2):33-6.
37. **Gomez C Saldivar-Gonzalez A, Delgado G, Rodriguez R.** Rapid anxiolytic activity of progesterone and pregnanolone in male rats. [Publicación periódica] // Pharmacol Biochem Behav.. - 2002.. - págs. 72: 543-550. .
38. **Halbreich U y Kahn LS** Role of estrogen in the aetiology and treatment of mood disorders. [Publicación periódica] // CNS Drugs. . - 2001. - págs. 15: 797-817..
39. **Hansenne M REggers J, Pinto E, Kjiri K, Ajamier A, Anseau M.** Temperament and character inventory (TCI) and depression [Publicación periódica] // Psychiat Res. - 1999. - págs. jan-feb 333 (1).
40. **Harlow BL Cohen LS, Otto MW, Spiegelman D, Cramer DW.** Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. [Publicación periódica] // Arch Gen Psychiatry.. - Apr; de 2006. - (4): : Vol. 63. - págs. 375-82.
41. **Harlow BL Wise LA, Otto MW, Soares CN, Cohen LS.** Early life menstrual characteristics and pregnancy experiences among women with and without major depression: the Harvard study of moods and cycles. [Publicación periódica] // J Affect Disord. . - 2004 . - págs. Apr;79(1-3):167-76..
42. **Hirshfeld-Becker DR y Biederman J** Temperamental correlates of disruptive behavior disorders in young children: preliminary findings. [Publicación periódica] // Biol Psychiatry,. - 2002. - págs. 51(7):563-74.
43. **Hoyer D Clarke DE, Fozard JR, Hartig PR, Martin GR, Mylecharane EJ, Saxena PR, Humphrey PPA. VII.** International Union of Pharmacology classification of receptors for 5-hydroxytryptamine (serotonin). [Publicación periódica] // Pharmacol Rev . - 1994.. - págs. 46: 157-204. .
44. **Huerta R Mena A, Malacara JM.** Symptoms at perimenopausal period: its association with attitudes toward sexuality, life-style, family function, and FSH

- levels. [Publicación periódica] // Psychoneuroendocrinology . - 1995.. - págs. 20: 135-148. .
45. **Jackson A Uphouse L.** Prior treatment with estrogen attenuates the effects of the 5-HT1A agonist, 8-OH-DPAT, on lordosis behavior. [Publicación periódica] // Horm Behav. . - 1996.. - págs. 30: 145-152. .
 46. **Jurado D Gurpegui M, Moreno O, Fernández MC, Luna JD, Gálvez R.** Association of personality and work conditions with depressive symptoms. [Publicación periódica] // Eur Psychiatry.. - 2005. - págs. May;20(3):213-22.
 47. **Kronenberg F** Hot flashes: epidemiology and physiology. [Publicación periódica] // Ann N Y Acad Sci.. - 1990. - págs. 592:52-86. 13: 688-703. .
 48. **Lacon i MR [y otros]** The anxiolytic effect of allopregnanolone is associated with gonadal hormonal status in female rats. [Publicación periódica] // Eur J Pharmacol.. - 2001. - págs. 6: 111-116. .
 49. **Lee DW Kim YS, Kong SW, Kwon JS.** Patterns of temperament and character in subjects with obsessive-compulsive disorder. Lyoo IK, [Publicación periódica] // J Clin Psychiatry.. - 2001 . - págs. Aug;62(8):637-41.
 50. **Light KJ Joyce PR, Luty SE, Mulder RT, Carter JD, Frampton CM, Miller AL, Kennedy MA.** An association study of DRD2 and COMT polymorphisms with novelty seeking and harm avoidance scores, in two independent samples of depressed patients. [Publicación periódica] // Behav Brain Funct.. - Jan de 2007. - Vol. 11. - págs. 3-3.
 51. **Lindsay R** The menopause and osteoporosis. [Publicación periódica] // Obstet Gynecol . - 1996. - págs. 87: 16S-19S..
 52. **Loftus ST [y otros]** Temperament and character dimensions in bipolar I disorder: A comparison to healthy controls. [Publicación periódica] // Psychiatr Res.. - 2008. - pág. Jan 10.
 53. **Marchesi C [y otros]** Effect of pharmacological treatment on temperament and character in panic disorder. [Publicación periódica] // Psychiatry Res.. - 2008. - pág. Jan 29.
 54. **McEwen BS y Alves SE** Estrogen actions in the central nervous system. [Publicación periódica] // Endocr Rev.. - 1999. - págs. 20: 279-307..
 55. **Nery FG Hatch JP, Glahn DC, Nicoletti MA, Serap Monkul E, Najt P, Fonseca M, Bowden CL, Robert Cloninger C, Soares JC.** Temperament and character traits in patients with bipolar disorder and associations with comorbid alcoholism or anxiety disorders. [Publicación periódica].
 56. **NG. Martin** Risk for new onset of depression during the menopausal transition: the Harvard study of moods and cycles. [Publicación periódica] // Arch Gen Psychiatry. . - 2006 . - págs. Apr;63(4):385-90..
 57. **Oldham JM y Skodol AE:** Personality disorders and mood disorders. Section IV Concurrent diagnosis. REview [Publicación periódica] // American Psychiatric Press. - 1992. - pág. vol 11 Washington.
 58. **Paganini-Hill A y Henderson VW** Estrogen deficiency and risk of Alzheimer's disease in women. [Publicación periódica] // Am J Epidemiol.. - 1994. - págs. 3:3-16.

59. **Paoletti AM [y otros]** Evidence that cyproterone acetate improves psychological symptoms and enhances the activity of the dopaminergic system in postmenopause. [Publicación periódica] // J Clin Endocrinol Metab.. - 2001. - pág. 86: 608.
60. **Pearlstein TB** Hormones and depression: what are the facts about premenstrual syndrome, menopause and hormone replacement therapy? [Publicación periódica] // Am J Obstet Gynecol.. - 1995. - págs. 173: 646-653. .
61. **Pelissolo A Corruble E.** Personality factors in depressive disorders: contribution of the psychobiologic model developed by Cloninger [Publicación periódica] // Encephale. . - 2002 . - págs. Jul-Aug;28(4):363-73..
62. **R Escaramuza** Estudios Psicológicos avanzados [Libro]. - Madrid España : Ediciones contemporáneas, 1992.
63. **Robinson GE** Psychotic and mood disorders associated with the perimenopausal period: epidemiology, aetiology and management. [Publicación periódica] // CNS Drugs.. - 2001. - págs. 15:175-184..
64. **Rose RJ:** Genes ad human behaviour. [Publicación periódica] // Annual Review Psychology, . - 1995. - págs. 46:625-654.
65. **Rosebaum JF y Biederman J** Behavioral inhibition in children of parents with panic disorder and agoraphobia. [Publicación periódica] // Arch Gen Psychiatry,. - 1988.. - págs. 45:463-470,.
66. **Sánchez de Carmona M [y otros]** Traducción y confiabilidad del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC). [Publicación periódica] // Salud Mental.. - 1996 . - págs. Oct vol. 19 (Supl 3.): 5-9,.
67. **Savitz J van der Merwe L, Ramesar R.** Dysthymic and anxiety-related personality traits in bipolar spectrum illness. [Publicación periódica] // J Affect Disord.. - 2008 . - pág. Jan 11.
68. **Schmidt PJ [y otros]** The perimenopause and affective disorders. [Publicación periódica] // Semen. Reprod. Endocrinol. - 1997. - págs. 15:91-100..
69. **SD. Toney** Gender issues in depression. [Publicación periódica] // Ann Clin Psychiatry. . - 2007 . - págs. Oct-Dec;19(4):247-55..
70. **SG. Kornstein** Depression in women [Publicación periódica] // Int J Gynaecol Obstet. . - 1993 . - págs. Nov;43(2):203-11. .
71. **SG. Kornstein** Depression in women. [Publicación periódica] // Int J Gynaecol Obstet.. - 1993 . - págs. Nov;43(2):203-11. .
72. **Soares CN Almeida OP, Joffe H, Cohen LS.** Depression and its influence on reproductive endocrine and menstrual cycle markers associated with perimenopause: the Harvard Study of Moods and Cycles. [Publicación periódica] // Arch Gen Psychiatry. . - 2003 . - págs. Jan;60(1):29-36..
73. **Soares CN Almeida OP.** Are there differences between women's and men's antidepressant responses? [Publicación periódica] // Am J Psychiatry. . - 2002 . - págs. Nov 159(11):1848-54.
74. **Tang MX, Jacobs D y Stern Y** Effect of oestrogen during menopause on risk and age at onset of Alzheimer's disease. [Publicación periódica] // Lancet. . - 1996. - págs. 348:429-432..

75. **Tyrer P, Casey P y Ferguson B** Personality disorder in perspective [Publicación periódica] // Br J Psychiatry,. - 1991. - págs. 159: 463-471.
76. **Wennberg P y Bohman M:** Childhood temperament and adult alcohol habits: a prospective longitudinal study from age 4 to age 36. [Publicación periódica] // Addict Behav,. - 2002.. - págs. 27(1):63-74, .
77. **Zoccali R Muscatello MR, Bruno A, Bilardi F, De Stefano C, Felletti E, Isgrò S, Micalizzi V, Micò U, Romeo A, Meduri M.** Temperament and character dimensions in opiate addicts: comparing subjects who completed inpatient treatment in therapeutic communities vs. incompleters [Publicación periódica] // Am J Drug Alcohol Abuse. . - 2007. - págs. 33(5):707-15..