

01962

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



MODELOS DE PERSONALIDAD DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO Y DE ANSIEDAD

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA
P R E S E N T A :
LIC. REBECA ROBLES GARCIA

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. LUCY REIDL MARTINEZ
COMITÉ DE TESIS: DR. JAVIER AGUILAR VILLALOBOS
MTRO. ARTURO MARTINEZ LARA
MTRA. AMADA AMPUDIA RUEDA
DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ MAQUEO

MÉXICO, D.F.

2000

279368



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

Este trabajo fue llevado a cabo con el apoyo económico que brindó el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología a la que suscribe, mediante una beca crédito para cursar la Maestría en Psicología Clínica que ofrece la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México.

Agradezco a mi país, que a través de estas Instituciones, me confió la oportunidad de enriquecer mi formación académica, y que me confina, lo aseguro, a rendirle un ejercicio ético y comprometido del servicio, la docencia y la investigación propias de mi que hacer profesional.

Así mismo, y por extensión de lo anterior, agradezco a mis profesores, Mtra. Lucy Reidl, Mtro. Arturo Martínez, Mtro. Samuel Jurado, Dr. Carlos Santoyo y Dr. Francisco Páez, su disposición para compartir sus conocimientos, y por ende, todo aquello que les fue necesario hacer para conocer y divulgar de manera experta lo que conocen.

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo a mis compañeros, los de siempre:

Antonio, Martha, Toño, Liz, Alicia y Andrea Robles.

Y por supuesto a Francisco, mi alegría.

A Blanca Alicia y Esperanza, en memoria.

IMP O R T A N T E

Este trabajo fue llevado a cabo como parte de una línea de investigación cuyo titular es el **Dr. Francisco Páez Agraz**, médico psiquiatra adscrito al Servicio de Investigación de **Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez**, de la Secretaria de Salud.

CONTENIDO

Resumen	06
Introducción	07
Marco Teórico	
Capítulo Primero: Personalidad	
1.1 Definición de Personalidad.....	10
1.2 Modelos de Personalidad.....	11
1.2.1 Modelo de Personalidad de Eynseck.....	13
1.2.2 Modelo de Personalidad de Watson y Clark.....	14
1.2.3 Modelo de Personalidad de Cloninger.....	17
1.3 Perspectivas actuales: Integración de modelos de personalidad y su implicación en el estudio de la personalidad y la psicopatología.....	37
Capítulo Segundo: Trastornos del Estado de Animo y de Ansiedad	
2.1 Trastornos del Estado de Animo.....	41
2.1.1 Depresión Mayor.....	42
2.1.2 Distimia.....	44
2.2 Trastornos de Ansiedad	
2.2.1 Trastorno de Pánico y Agorafobia.....	46
2.2.2 Fobia Simple.....	48
2.2.3 Trastorno Obsesivo Compulsivo.....	49
2.2.4 Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	51
2.3 Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión.....	52
2.4 Relación entre Depresión y Ansiedad.....	56
Capítulo Tercero: Personalidad y Trastornos del Estado del Animo y de Ansiedad	
3.1 Personalidad y psicopatología en general.....	60
3.2 Personalidad y Trastornos del Estado de Animo y de Ansiedad.....	61

Justificación	64
Problema de Investigación	65
Hipótesis	66
Objetivos	69
Método	
Diseño de Investigación.....	71
Universo y Muestra.....	71
Variables e Instrumentos.....	72
Procedimiento.....	79
Escenario Estadístico.....	80
 Resultados	
Descripción de la muestra	
Descripción general de la muestra y comparación de características sociodemográficas entre casos y controles.....	81
Distribución de diagnósticos psiquiátricos.....	83
Rasgos de personalidad y sintomatología depresiva y de ansiedad: Puntuación en las escalas y comparación entre casos y controles.....	84
Modelos de personalidad de los Trastornos del Estado de Animo y de ansiedad.....	87
Relación entre sintomatología depresiva y de ansiedad y rasgos de personalidad.	
Rasgos de personalidad y sintomatología depresiva.....	90
Rasgos de personalidad y sintomatología ansiosa.....	93
 Discusión y Conclusiones	95
Limitaciones y Sugerencias	99
Consideraciones éticas	100
Referencias bibliográficas	101
Anexo: Instrumentos	

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivos principales el determinar un modelo de personalidad de factores generales, así como establecer las semejanzas y diferencias en el perfil de personalidad para la depresión, los trastornos de ansiedad y las condiciones mixtas de ansiedad y depresión. Para tal propósito se obtuvieron y compararon los rasgos de personalidad de cinco grupos de sujetos, a saber: 1) pacientes con depresión mayor, 2) con trastornos de ansiedad, 3) con trastorno mixto de ansiedad y depresión, 4) con formas comórbidas de ansiedad y depresión, y 5) voluntarios sanos. Los diagnósticos psiquiátricos se establecieron con base en la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I (SCID), se evaluó la severidad de sintomatología depresiva y ansiosa por medio de los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, y los instrumentos de personalidad aplicados al total de la muestra fueron: 1) El Inventario de Temperamento y Carácter, 2) la Escala de Afectividad Positiva y Negativa, y 3) el Cuestionario de Personalidad de Eynseck. La muestra total se conformó de 424 sujetos, de los cuales 292 integraron los grupos diagnósticos y 132 el grupo control. Los grupos con alguno de los diagnósticos psiquiátricos obtuvieron puntuaciones clínica y estadísticamente diferentes a los sujetos controles en todas y cada una de las escalas de personalidad que se han hipotetizado relacionadas con la ansiedad y la depresión, léase afectividad positiva y negativa, neuroticismo, extroversión y evitación del daño. Los síntomas de depresión - a diferencia de los de ansiedad - se asociaron con la presencia de baja afectividad positiva. Y, por su parte, la sintomatología de ansiedad se relacionó - a diferencia de la depresiva - con la presencia "extroversión". Los rasgos de personalidad comunes para la ansiedad y la depresión fueron: la afectividad negativa y la evitación del daño. Finalmente se discuten las implicaciones del presente estudio, entre las que destacan, a saber: 1) que existe una estructura de personalidad específica para los síntomas y trastornos depresivos y ansiosos, y 2) que se ha generado evidencia adicional a favor de la independencia diagnóstica del Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión.

INTRODUCCION

El avance en el estudio de la personalidad ha extendido la posibilidad de entender una diversidad de fenómenos de interés para la Psicología. Tal es el caso de los estados emocionales, normales y patológicos, como la depresión y la ansiedad.

Diversos autores han sugerido una relación significativa entre una *estructura de personalidad* y la presencia de *estados y/o trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, o de un cuadro mixto de ansiedad y depresión* (Akiskal, Hirschfeld y Yerenanian, 1983; Klein, Wonderlich y Shea, 1993).

Con base en una revisión extensa de la literatura al respecto, es posible concluir que, en términos generales, son dos las suposiciones centrales referentes a la relación entre la personalidad y la depresión y la ansiedad; a saber: a) que existe una estructura de personalidad similar tanto para la depresión como para la ansiedad, o b) que existen estructuras de personalidad específicas y distintivas relacionadas con la presencia de cada uno de estas alteraciones emocionales.

Sin embargo, la mayoría de los estudios al respecto, se han efectuado en poblaciones que presentan solo alguno de estas dos alteraciones emocionales, y con base en uno de los muchos y diferentes modelos de personalidad que se han desarrollado hasta el momento.

El interés creciente por determinar la comorbilidad entre ansiedad y depresión y la presencia de rasgos específicos de personalidad ha puesto en evidencia la necesidad de dirigir estudios que abarquen a población con ansiedad, con depresión, y con ambas.

De esta manera, sería posible integrar un modelo de personalidad integral y concluyente para la depresión, la ansiedad, o ambas; y evidenciar las convergencias y divergencias entre estos dos estados emocionales.

En esta dirección, el presente trabajo tiene por objeto determinar un modelo de personalidad de la interacción entre depresión y ansiedad, con base en la comparación entre tres diferentes modelos y medidas de personalidad, en cinco grupos de sujetos: con Depresión Mayor, con Trastornos de Ansiedad, con Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión, con formas comórbidas de ansiedad y depresión y voluntarios sanos.

Los modelos y medidas de personalidad a comparar e integrar se han elegido de entre un gran número de propuestas en tanto que son, hasta la fecha, los modelos de factores generales más empleados para describir la relación entre la personalidad y la depresión y ansiedad. Estos son los modelos de la personalidad de Eysenck (1970), el de Cloninger (1987), y el de Watson y Clark (1993).

A continuación se presenta el marco conceptual de referencia del presente estudio. Este se encuentra integrado por tres secciones generales con apartados específicos para cada una de ellas. En la primera sección se hace una revisión del concepto de personalidad y de los modelos de personalidad que se han propuesto hasta la fecha, haciendo hincapié, por supuesto, en aquellos que nos ocupan. La segunda sección se destinó para describir los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y mixto de ansiedad y depresión. En la tercera sección, se exponen los hallazgos empíricos que se han generado en el estudio de la relación entre la personalidad y los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. Finalmente se hace una descripción detallada de la metodología y resultados del presente estudio, para dar paso a la discusión y conclusiones generales del trabajo.

Cabe mencionar que se han anexo los instrumentos utilizados para evaluar las variables sujetas a estudio. La traducción al español, normalización en poblaciones mexicanas y estudio de propiedades psicométricas de dos de ellos: el Inventario de Ansiedad de Beck y la Escala de Afectividad Positiva y Negativa fueron llevados a cabo con antelación por los autores del presente trabajo.

MARCO TEORICO

CAPITULO PRIMERO

1. Personalidad.

1.1 Definición de Personalidad

El concepto "personalidad" ha mostrado considerables variaciones en los últimos años. Allport (1937) resume un buen número de definiciones de la personalidad y señala que esta puede concebirse como: "la organización dinámica de los sistemas psicofisiológicos que determina el ajuste que un individuo presenta en su medio ambiente". Desde esta perspectiva, la personalidad es entendida como un fenómeno interno, organizado y característico de un individuo, que le motiva y adapta a sus circunstancias.

Sin embargo, al menos esta noción ideográfica de la existencia de una organización individual de rasgos que señaló Allport, ha quedado descartada con base en los datos de investigación más recientes en este campo de estudio. Actualmente se propone mas bien, la existencia de estructuras nomotéticas altamente generalizables en todos los individuos.

Empero, ambos puntos de vista, el idiográfico y el nomotético, coinciden en asegurar la existencia de rasgos de personalidad relativamente estables, y de otros estados más bien transitorios.

En resumen, actualmente la personalidad se entiende, como “**un conjunto de rasgos estables y de estados transitorios altamente generalizables entre individuos**”.

1.2 Modelos de personalidad

Los modelos estructurales de la personalidad que se han desarrollado hasta el momento podrían agruparse en dos grandes rubros: 1) los modelos de rasgos multidimensionales, y 2) los modelos de factores generales. A continuación se describen brevemente cada uno de ellos.

a) Modelos de rasgos multidimensionales.

En este rubro se resume una primera tradición estructural de conceptualización de la personalidad: los modelos que han identificado y evaluado un gran número de rasgos relativamente específicos o de nivel inferior. Entre los instrumentos más utilizados para evaluar la personalidad desde esta perspectiva se encuentran: la escala de personalidad de Comrey, que identifica 8 rasgos (Comrey Personality Scales; CPS; Comrey, 1970); o el inventario de personalidad NEO, que registra hasta 30 diferentes rasgos (Revised NEO Personality Inventory; NEO-PI-R; Costa y McCrae, 1992).

b) Modelos de Factores Generales.

Una segunda tradición en la identificación y evaluación de personalidad se ha centrado en distinguir tres o cinco factores generales o rasgos de nivel superior, - en lugar de enfocarse en los específicos -. Estos modelos, aún con sus diferencias substanciales y de terminología, conceptualizan y evalúan la estructura de la personalidad de forma similar; situación contundentemente opuesta a la que se presenta en el caso de los modelos multidimensionales descritos en el apartado anterior. Además, el estudio de la personalidad con base en factores generales hace factible el generar hallazgos estables y generalizables (Watson, Clark y Harkness, 1994).

Los modelos de factores generales incluyen: el modelo de Eysenck (1970), que propone los factores *neuroticismo*, *extroversión* y *psicosisismo*; el de Tellegen (1985), que señala como factores la *emocionalidad negativa*, la *emocionalidad positiva* y la *constricción*; el de Watson y Clark (1993), que postula los factores de *temperamento negativo*, *temperamento positivo* y *desinhibición*; el de Cloninger (1987), que identifica, entre otros, a los factores de *dependencia de recompensa*, *búsqueda de la novedad* y *evitación del daño*; el de Gough (1987), que sugiere *auto realización*, *internalidad* y *el favorecimiento a normas* como los factores generales de la personalidad; y los modelos de cinco factores generales que consideran que los rasgos que comprenden la estructura de la personalidad son: a) *neuroticismo versus estabilidad emocional*, b) *extroversión*, c) *dependencia o consciencia*, d) *interacción amistosa versus hostil*, y e) *cultura, imaginación, intelecto o apertura a la experiencia* (Digman, 1990; Digman y Takemoto-Chock, 1981; Goldberg, 1990, 1993; John, 1990; McCrae y Costa, 1987).

A continuación se describen de manera detallada los tres modelos de factores generales de los que se ocupa el presente estudio.

1.2.1 Modelo de personalidad de Eynseck.

El modelo de personalidad de Eynseck (1970) es un modelo de factores generales de nivel superior. Estos factores son: 1) *Psicotisismo*, 2) *extroversión*, y 3) *neuroticismo*.

Psicotisismo

Los individuos con altos indicadores de este rasgo son generalmente fríos, impersonales, hostiles, agresivos, poco empáticos, poco amigables, rudos y sin modales. Dan la impresión de ser poco dignos de confianza y poco serviciales e insensibles. Les atraen las cosas o situaciones extrañas y peculiares, no se percatan del peligro y les gusta divertirse a costa de los demás.

Extroversión

Una persona extrovertida se caracteriza por ser sociable y amistosa. En ocasiones se arriesga incluso al extremo y actúa según el ánimo del momento. Es generalmente un individuo impulsivo y despreocupado. Prefiere mantenerse activo y tiende a ser agresivo y a perder el control fácilmente. Por el contrario, la persona introvertida tiende a ser callada, reservada, aislada e introspectiva. Generalmente desconfía de los deseos momentáneos y tiende a planear sus acciones, y a procurar mantener sus sentimientos bajo control. Es raro que actúe en forma agresiva e impulsiva.

Neuroticismo

Las personas que presentan altos indicadores de este rasgo son emocionales, irritables, aprehensivas y depresivas. Reaccionan con gran intensidad a todo tipo de estímulos y les es difícil recuperar la calma después de haber experimentado una respuesta emocional. Son personas que se conducen de manera irracional e incluso rígida y sus reacciones desproporcionadas interfieren con su ajuste psicosocial. Por su parte, los individuos con bajos índices de este rasgo son más bien estables emocionalmente, responden con lentitud y poca intensidad a los estímulos ambientales, y recuperan el control con facilidad.

1.2.2 Modelo de personalidad de Watson y Clark.

El modelo de personalidad de Watson y Clark (1993) propone tres dimensiones generales denominadas: 1) *Temperamento o afectividad negativa*, 2) *temperamento o afectividad positiva*, y 3) *desinhibición versus restricción*.

Temperamento o afectividad negativa

La afectividad negativa (AN) es un rasgo de personalidad altamente general y estable, caracterizada por afectos, cogniciones y comportamiento bien delimitados, que se define como una dimensión de la sensibilidad temperamental a estímulos negativos (Watson y Clark, 1993).

La presencia de un alto índice de AN se encuentra relacionada con: a) la experiencia de emociones negativas como miedo o ansiedad, tristeza o depresión, culpa, hostilidad, y autoinsatisfacción (Watson y Clark, 1984), b) cogniciones negativas y pesimismo (Clark, Beck y Stewart, 1990), c) problemas o quejas somáticas (Watson y Pennebaker, 1989), y d) apreciación negativa e insatisfacción de uno mismo y de los demás (Gara, Woolfork, Cohen, Goldston, Allen y Novalany, 1993).

Temperamento o afectividad positiva

La afectividad positiva (AP) es una dimensión de temperamento estable y general que se caracteriza por incluir rasgos de emocionalidad positiva, energía, afiliación y dominio. Las personas con altos indicadores de la presencia de este factor de personalidad experimentan con facilidad sentimientos de satisfacción, diversión, entusiasmo, energía, amistad, unión, asertividad y confidencia. En contraste, las personas con baja AP tienden a sentirse desinteresadas y aburridas (Clark, Watson y Mineka, 1994)

Desinhibición *versus* constricción

Desinhibición *versus* constricción es la forma en que se ha denominado al tercer factor general del modelo de Watson y Clark (1993). Este se define como una dimensión temperamental caracterizada por afectos, cogniciones y conductas estables y generales que explica la predisposición de un individuo a experimentar la necesidad y predilección por expresar sus emociones a los demás, y establecer relaciones sociales de manera abierta y duradera.

Las personas con altos índices de la presencia de este rasgo son descritas generalmente como desinhibidas, sociables y con facilidad para comunicar sus emociones a los demás. En contraste, las personas con bajos índices del rasgo presentan dificultad para relacionarse y comunicarse con los demás, e impresionan como herméticas, restringidas y frías.

Cabe señalar que la afectividad negativa y positiva se conciben como estimaciones de los sentimientos afectivos que impregnan todos los aspectos de la vida humana (conducta, actitudes, motivación, cognición psicopatología, salud y bienestar). Es por ello que el afecto ha sido incorporado vigorosamente en la investigación, teoría y práctica psicológica. Así, en tanto emergía la propuesta de describir la estructura de la personalidad en modelos de factores generales, resultó de suma valía el acuerdo para describir y evaluar la estructura afectiva (Carroll, Yik, Russell y Feldman, 1999).

Watson y Clark (1997) proponen dos principios psicométricos fundamentales para la evaluación de la afectividad: 1) los afectos de la misma valencia (como el entusiasmo y la alegría) tienden a correlacionarse substancialmente de manera positiva, y 2) los afectos de valencias opuestas (como el nerviosismo y el entusiasmo) tienden a correlacionarse débilmente (y negativamente) entre sí.

Estos principios subyacen su teoría acerca de la independencia de la afectividad positiva y negativa (Watson y Tellegen, 1985), y las escalas de evaluación de la afectividad que desarrollaron y denominaron como PANAS (de las siglas en inglés de Positive and Negative Affect Schedule: Escala de afectividad positiva y negativa) (Watson, Clark y Tellegen, 1988).

1.2.3 Modelo de personalidad de Cloninger.

El modelo psicobiológico de la personalidad de Cloninger (1987) propone siete dimensiones de la personalidad, cuatro de temperamento y tres de carácter. Las dimensiones de temperamento son: 1) *Búsqueda de la novedad*, 2) *Evitación del daño*, 3) *Dependencia de la recompensa*, y 4) *Persistencia*. Por su parte las dimensiones de carácter son: 1) *Autodirección*, 2) *Cooperatividad*, y 3) *Autotrascendencia*.

Este modelo de personalidad se basa en supuestos biogénéticos sobre la estructura que modifica la respuesta adaptativa del individuo hacia el daño, evitación y recompensa, - que dan lugar a tres de las dimensiones de temperamento que se proponen - y es complementado con la descripción de otras tres dimensiones caracterológicas, centradas más en el aprendizaje consciente y social del individuo en su entorno. Además, la "persistencia", una de las subdimensiones originales del factor general "dependencia a la recompensa", es considerada como una cuarta dimensión de temperamento a partir de los estudios factoriales que sistemáticamente indicaron que ésta se separa en forma significativa del resto de los rasgos de nivel superior del modelo (Svrakic, Whitehead, Pryzbeck, y Cloninger, 1993).

Las dimensiones temperamentales son entendidas como factores generales, moderadamente heredables y estables a lo largo de la vida, que determinan las respuestas emocionales y automáticas que el individuo presenta ante experiencias externas e internas. Cada uno de ellos representa un rasgo de nivel superior que abarca rasgos de nivel inferior.

En términos generales, el primer factor, - **búsqueda de la novedad** - es un rasgo heredable que determina la inhibición o activación de conductas como la exploración en respuesta a la novedad, la toma de decisiones de manera impulsiva, y una evitación activa ante la frustración. El segundo factor, - **evitación al daño** - se considera un rasgo heredable que influencia la aparición de conductas tales como preocupación pesimista ante la anticipación de problemas futuros, pasividad y evasión ante la incertidumbre, timidez ante desconocidos y cansancio fácil. El tercer factor, denominado **dependencia de la recompensa**, se refiere a la disponibilidad heredada para mostrar necesidad de vinculación social, sensibilidad y dependencia de la aprobación de otras personas. Por último, el factor **Persistencia**, es entendido como la disponibilidad heredable para esforzarse en respuesta a señales de una recompensa anticipada, percibir reforzamiento del trabajo en respuesta a un castigo intermitente, y perseverar en respuesta a recompensa intermitente.

Por su parte, las dimensiones de carácter son entendidas como factores generales de nivel superior - que abarcan rasgos de nivel inferior -, mas bien aprendidos socialmente y que representan los 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.

En términos generales, la dimensión de carácter **autodirección** se concibe como un rasgo de nivel superior, referente a la tendencia aprendida a la autosuficiencia, confianza y responsabilidad. La dimensión **cooperatividad** se entiende como la disposición aprendida de identificación y aceptación del individuo para con los demás. Finalmente, el rasgo de carácter **autotrascendencia** se refiere a la característica aprendida de personalidad para percibir un significado positivo de las actividades individuales, y que ha adquirido una sensación general de pertenencia y satisfacción al mundo que lo rodea.

A continuación se describen detalladamente los siete factores generales de temperamento y carácter, y los rasgos de nivel inferior que abarcan cada uno de ellos (VER FIGURA 1 y 2).

FIGURA 1. Modelo de Personalidad de Cloninger: rasgos temperamentales de nivel superior e inferior.	
Rasgos de nivel superior	Rasgos de nivel inferior
Búsqueda de la novedad	Excitabilidad exploratoria vs. Rigidez Impulsividad vs. Reflexión. Extravagancia vs. Discreción. Desorden vs. Restricción.
Evitación del daño	Preocupación anticipada vs. Optimismo. Miedo a lo incierto vs. Confianza. Timidez a los desconocidos vs. Gregarismo. Fatigabilidad y astenia vs. Vigor.
Dependencia de la recompensa	Sensibilidad vs. Insensibilidad. Persistencia vs. Irresolución. Apego vs. Separación.
Persistencia	Dependencia vs. Independencia.

Búsqueda de la novedad

La “**búsqueda de la novedad**” es un rasgo de temperamento de nivel superior que comprende cuatro rasgos de nivel inferior: *a) Excitabilidad exploratoria versus rigidez, b) Impulsividad versus reflexión, c) Extravagancia versus discreción, y d) Desorden versus restricción.*

Los individuos con altos índices en este factor tienden a ser excitables, exploradores, curiosos, entusiastas, exuberantes, impulsivos, revoltosos y se aburren con facilidad. En contraste, los sujetos con bajos índices de este rasgo son descritos como indiferentes, poco curiosos, estoicos, poco entusiastas, reflexivos, frugales, reservados, tolerantes de la monotonía, sistemáticos y ordenados.

a) Excitabilidad exploratoria versus rigidez.

Los individuos con altos índices de este rasgo tienden a disfrutar y a explorar lugares y situaciones poco familiares, aún y cuando muchas personas piensen que es una pérdida de tiempo. Son personas descritas como buscadores de estímulos, poco tradicionales, que se emocionan con ideas y actividades nuevas, que buscan emociones, aventuras y actividades intensas, y que se aburren con facilidad y evitan frenéticamente la monotonía.

En contraste, los individuos con bajos índices de este rasgo evitan la estimulación excesiva, no disfrutan de la exploración y prefieren relacionarse con personas, lugares y situaciones familiares. Son resistentes a las nuevas ideas y actividades, y por lo general, demandan muy buenas razones prácticas para llegar a cambiar la manera en que hacen las cosas. Estas personas son descritas como convencionales, rara vez se aburren, y tienden a adherirse a rutinas tradicionales.

b) Impulsividad versus reflexión.

Los individuos con índices altos de este rasgo tienden a ser excitables, dramáticos e impresionables. Tienden a tomar decisiones rápidas basándose en información incompleta y a perder el control fácilmente. Estas personas actúan instintiva e intuitivamente, tienen dificultad para atender a estímulos externos por largos periodos de tiempo, y tienden a ser intolerantes a la estructura y a romper las reglas con frecuencia.

Por su parte, los individuos con índices bajos de este rasgo son descritos como reflexivos, atentos y analíticos. Es raro que actúen basándose en sus emociones, instintos o intuiciones. Tienden a requerir de información detallada para dar una opinión, y rara vez rompen las reglas establecidas.

c) Extravagancia versus discreción.

Los individuos con altos índices de este rasgo tienden a ser extravagantes, fastuosos, ostentosos y espléndidos. Por su parte, los individuos con pocos indicadores de este rasgo son descritos más bien como reservados, controlados, sobrios y restringidos.

d) Desorden versus restricción.

Los individuos con este rasgo de personalidad tienden a ser desordenados, y prefieren actividades sin reglas o restricciones, en contraste con aquellos, que de no caracterizarse por ello, son más bien ordenados, metódicos y sistemáticos.

Evitación del daño.

La evitación del daño es el rasgo de temperamento multidimensional de nivel superior conformado por cuatro rasgos de nivel inferior, a saber: a) preocupación anticipada versus el optimismo, b) miedo a lo incierto versus confianza, c) Timidez a los desconocidos versus gregarismo, y d) fatigabilidad y astenia versus vigor.

Los individuos con índices elevados de este rasgo tienden a ser temerosos, tensos, aprehensivos, nerviosos, tímidos, indecisos, desanimados, inseguros, pasivos, negativos o pesimistas, aún en situaciones que resultan neutras para otras personas. Estos individuos se muestran tímidos e inhibidos ante la mayoría de las situaciones sociales, su nivel de energía es generalmente bajo, y se sienten crónicamente cansados o se cansan con facilidad. En contraste, las personas con bajos indicadores de este rasgo no se preocupan fácilmente, y tienen un nivel de energía elevado. Generalmente se encuentran relajados, optimistas y serenos ante situaciones que preocupan a la mayoría de la gente. Estos individuos son descritos por los demás como expansivos, vigorosos, dinámicos, atrevidos y seguros de sí mismos en la mayoría de las situaciones sociales.

a) Preocupación anticipada versus optimismo.

Las personas con altos índices de este rasgo de temperamento manifiestan dos tendencias de comportamiento. Por un lado, se muestran pesimistas y preocupados ante la anticipación de daño o fracaso. Esta tendencia es especialmente notoria en situaciones de riesgo, poco familiares o difíciles. Por otro lado, generalmente les cuesta trabajo sobreponerse ante experiencias humillantes y vergonzosas, y tienden a pensar repetidamente en estas experiencias por largos periodos de tiempo. En contraste, las personas con escasos indicadores de este rasgo son descritas como optimistas y positivas, y tienden a ser desinhibidas y despreocupadas, con mínima renuencia a poner en peligro su bienestar físico. Cuando son humilladas o avergonzadas, generalmente lo superan rápidamente.

b) Miedo a lo incierto versus confianza.

Los individuos con altos índices de este rasgo no pueden tolerar la incertidumbre. Con frecuencia se sienten tensos o ansiosos ante situaciones inseguras y poco familiares, aún y cuando en realidad no exista motivo para preocuparse. Consecuentemente, es raro que tomen riesgos, tienen muchas dificultades para adaptarse a los cambios en las rutinas tradicionales, y prefieren quedarse quietos e inactivos.

A diferencia de estos, los individuos con escasos indicadores de la presencia de este rasgo tienden a ser confiados, calmados y seguros de sí mismos ante la mayoría de las situaciones, aún y cuando muchos las califiquen como desfavorables. Por ello, estos individuos prefieren actividades que impliquen riesgo, y se adaptan a los cambios con facilidad.

c) Timidez ante los desconocidos versus gregarismo.

Las personas con altos indicadores de la presencia de este rasgo de temperamento tienden a ser tímidas y con escasa seguridad en la mayoría de las situaciones sociales. Con frecuencia evitan encontrarse con desconocidos, y se relacionan con éstos sólo si se le brindan una fuerte garantía de aceptación. En general, cualquier iniciativa que toman es fácilmente inhibida ante situaciones o personas poco familiares.

En contraste, los individuos con bajos indicadores de este rasgo son descritos como abiertos, expansivos y seguros de sí mismos ante las situaciones sociales. Generalmente no se comportan tímidamente con los desconocidos y sus iniciativas casi nunca se inhiben ante situaciones poco familiares.

d) Fatigabilidad y astenia versus vigor.

Las personas que se caracterizan por este rasgo de personalidad parecen asténicos y tienen un nivel menor de energía que la mayoría de la gente. Con frecuencia necesitan de siestas y periodos extraordinarios de descanso, y se tardan en recuperarse más de lo común de enfermedades o del estrés.

Por el contrario, las personas con bajos índices en este rasgo tienden a ser dinámicas y los demás suelen describirlas como personas vitales y llenas de energía. Pueden permanecer en estado de alerta por largos periodos de tiempo, sin necesidad de forzarse o de buscar periodos de descanso. Con frecuencia se recuperan más rápidamente que los demás de enfermedades o del estrés.

Dependencia de la recompensa.

La dependencia de la recompensa es una dimensión de temperamento de nivel superior con cuatro rasgos de nivel inferior, a saber: *a) Sensibilidad versus insensibilidad, b) Persistencia versus irresolución, c) Apego versus separación, y d) dependencia versus independencia.*

Los individuos con altos indicadores de este rasgo tienden a ser cariñosos, cálidos, tiernos, sensibles, dedicados, dependientes y sociables. Buscan el contacto social y están abiertos a la comunicación con los demás. Por el contrario, las personas con escasos índices de la presencia de esta característica temperamental tienden a ser prácticos, fríos, cerrados y socialmente insensibles. Así, rara vez inician la comunicación con otros y tienen dificultad para encontrar intereses comunes con los demás.

a) Sensibilidad versus insensibilidad

Los individuos con este rasgo de personalidad son descritos como sensibles, simpáticos y comprensivos. Se conmueven fácilmente asuntos sentimentales, y no tienen dificultad para mostrar sus sentimientos a los demás. En contraste, las personas con escasos indicadores de este rasgo son descritas como prácticos, duros, y en ocasiones cínicos. Rara vez se conmueven ante situaciones emotivas o expresan sus emociones a los demás.

b) Persistencia versus irresolución: Se describe en el apartado de la dimensión correspondiente (persistencia)

c) Apego versus separación.

Las personas que se caracterizan por este rasgo de personalidad prefieren llegar a intimar con los demás en lugar de tener espacios privados, y son sensibles al rechazo o al desaire de la gente. Les gusta discutir abiertamente sus experiencias y sentimientos con sus amigos, y tienden a formar relaciones cálidas y duraderas. Por el contrario, aquellas personas en las que resulta prácticamente ausente este rasgo se observa desinterés por las relaciones sociales y por comunicar a los demás sus sentimientos. Impresionan a la gente como aislados, solitarios y distantes, y por lo general son indiferentes ante el rechazo o el menosprecio de los demás.

d) Dependencia versus independencia.

Las personas con altos índices de esta característica de personalidad tienden a ser dependientes del apoyo emocional y de la aprobación de los demás. En ocasiones pueden buscar o estimular la sobreprotección y el dominio de otros, y por lo general presentan dificultades para tomar decisiones o para hacer las cosas por sí mismos. Los individuos dependientes tienden a buscar apoyo y protección, y se exceden en esfuerzos por complacer a las demás personas. En contraste, los individuos con escasos indicadores de este rasgo rara vez ceden ante los deseos de los demás, e impresionan como independientes, autosuficientes y ajenos a la presión social.

Persistencia

Los individuos que se caracterizan por este rasgo de personalidad tienden a ser diligentes, trabajadores, persistentes y estables a pesar de la frustración y el cansancio.

Estas personas intensifican su esfuerzo en respuesta a la recompensa anticipada, con facilidad se ofrecen cuando existe algo que hacer y se muestran abiertos a comenzar el trabajo asignado. Tienden a percibir la frustración y el cansancio como un reto personal, no se dan por vencidos fácilmente, y de hecho tienden a trabajar de más cuando son criticados o confrontados sobre errores en su labor. Estas personas generalmente ambicionan logros y están dispuestos a realizar sacrificios para conseguir el éxito, particularmente cuando su trabajo no es reconocido. En estas situaciones, estas personas tienden a estar más determinadas a triunfar. Un individuo altamente persistente tiende a ser un perfeccionista y "adicto" al trabajo que se presiona más allá de lo que es necesario. Estas personas manifiestan un nivel alto de perseverancia y por lo general mantienen la manera de hacer algo que alguna vez resultó exitoso. Una persistencia alta es una estrategia de comportamiento adaptativa cuando la recompensa es intermitente y las contingencias permanecen estables. Sin embargo, cuando las contingencias cambian rápidamente la perseverancia se vuelve mal adaptativa.

En contraste, los individuos con índices bajos en de este rasgo son indolentes, poco activos, poco confiables, inestables y erráticos. Rara vez intensifican sus esfuerzos aún en respuesta a una recompensa anticipada. Estas personas casi nunca se ofrecen a hacer algo que no sea su estricta obligación, y por lo general son lentos en comenzar el trabajo, aún cuando este sea sencillo.

Las personas con escasa persistencias tienden a darse por vencidas con facilidad al enfrentarse ante frustraciones, críticas, obstáculos y cansancio. Por lo general están satisfechas con sus logros, y rara vez se esfuerzan por cosas mejores. Con frecuencia son descritos como mediocres, personas que probablemente podrían alcanzar más pero nunca se esfuerzan más de lo necesario. Los individuos con persistencia baja son pragmáticos que aceptan compromisos sin responsabilidad. Manifiestan un bajo nivel de perseverancia y de comportamiento repetitivo, aún ante recompensas intermitentes. La persistencia baja es una resistencia adaptativa cuando las recompensas cambian rápidamente y puede ser no adaptativa cuando las recompensas son poco frecuentes pero ocurren a la larga.

FIGURA 2. Modelo de personalidad de Cloninger:

rasgos de carácter de nivel superior e inferior.

Rasgos de nivel superior	Rasgos de nivel inferior
Autodirección	Responsabilidad vs. Culpa. Determinación vs. Sin dirección. Con recursos vs. Apatía. Autoaceptación vs. Lucha interna. Congruencia con ideales vs. Malos hábitos
Cooperatividad	Aceptación social vs. Indiferencia. Empatía vs. Desinterés social. Capacidad de ayuda vs. Incapacidad para...
Autotrascendencia	Compasión vs. Venganza. Integridad vs. Falta de escrúpulos. Concentración creativa vs. Conciencia Identificación transpersonal. Aceptación espiritual vs. Materialismo...

Autodirección.

La dimensión de carácter **autodirección** se concibe como un rasgo de nivel superior y multidimensional que abarca cinco rasgos de nivel inferior.

Los individuos con este rasgo de personalidad son descritos como maduros, fuertes, autosuficientes, responsables, confiables, constructivos, con metas, y bien integrados. La característica más descriptiva y distintiva de estos individuos es que son altamente efectivos. Así por ejemplo, son capaces de adaptar su comportamiento de acuerdo a metas individualmente elegidas.

En contraste los individuos con escasos indicadores de este rasgo son descritos como inmaduros, débiles, frágiles, acusadores, destructivos, poco efectivos, irresponsables, poco confiables y poco integrados. Parecen carecer de un principio de organización interna el cual les hace difícil lograr definir, establecer y perseguir metas significativas. En cambio experimentan planes y proyectos menores, variados, cortos que no pueden desarrollarse al punto de una realización y significado personal.

a) Responsabilidad vs. culpa.

Los individuos con altos índices de este rasgo de personalidad se sienten libres de elegir lo que les plazca. Reconocen que sus actitudes, comportamientos y problemas generalmente reflejan sus propias elecciones. Son personas que tienden a aceptar la responsabilidad de sus actitudes y comportamiento. Estos individuos impresionan a los demás como seguros y confiables.

En contraste los individuos con escasos indicadores de este rasgo tienden a culpar a los demás y a las situaciones externas de lo que les sucede. Sienten que sus actitudes, comportamiento y elecciones son determinados por situaciones externas fuera de su control o de su voluntad. Consecuentemente tienden a no aceptar responsabilidad de sus actos, Estos individuos impresionan a los demás como irresponsables y poco confiables.

b) Determinación vs. sin dirección.

Los individuos con “determinación” son usualmente descritos como sujetos con un sentido, propósito o meta personal. Tienen un claro sentido del significado y dirección de sus vidas. En otras palabras, sus actividades están guiadas por valores y metas a largo plazo.

En contraste los individuos “sin dirección” luchan por encontrar un sentido, propósito y significado de su vida. Se encuentran confundidos acerca de valores a largo plazo, y por lo tanto se sienten dirigidos a reaccionar a necesidades y circunstancias inmediatas. Pueden sentir que su vida tiene poco o ningún significado mas allá de reacciones momentáneas. Por lo general no pueden retrasar la gratificación para lograr sus metas.

c) Con recursos vs. apatía.

Los individuos con indicadores altos de “recursos” son descritos como efectivos y con recursos para contender con situaciones diarias. Impresionan a los demás como productivos, innovadores, competentes y con iniciativa. Son personas que rara vez carecen de ideas para resolver problemas o de capacidad para identificar oportunidades. Tienden a percibir a las situaciones difíciles como retos u oportunidades.

En contraste los individuos “apáticos” impresionan a los demás como poco efectivos e incompetentes. Estos individuos no han desarrollado las habilidades y la confianza para resolver problemas y por lo tanto se sienten poco capaces para enfrentar obstáculos. Al tener que iniciar una actividad, por lo general esperan a que otros tomen la iniciativa.

d) Autoaceptación vs. lucha interna.

Los individuos con “autoaceptación” son descritos como personas con confianza en si mismas y capaces de reconocer y aceptar sus fuerzas y limitaciones. En otras palabras estos individuos tienden a hacer lo mejor posible dentro de sus posibilidades, y parecen aceptar y sentirse cómodos con sus características físicas y mentales.

En contraste los individuos con escasos índices de éste rasgo se encuentran en una constante lucha interior. Tienden a manifestar una baja autoestima y no aceptan ni disfrutan de sus características físicas y mentales. Tienden a tener fantasías sobre riqueza ilimitada, importancia, belleza y juventud eterna.

e) Congruencia con ideales vs. malos hábitos.

Los individuos a los que se considera con “congruencia con ideales” han desarrollado un espectro de hábitos positivos congruentes con sus metas, por lo tanto actúan automáticamente de acuerdo con sus valores y metas a largo plazo. Las personas con este rasgo rara vez llegan a confundir sus prioridades, y se sienten seguros y tranquilos ante situaciones que pueden parecer tentadoras para el comun denominador de la gente.

En contraste los individuos con “malos hábitos” tienden a actuar de una manera que resulta inconsistente con sus valores y que por lo tanto les resulta difícil alcanzar sus metas a largo plazo. Estos individuos son descritos por los demás como derrotistas y con poca fuerza de voluntad. Cuando se enfrentan ante situaciones que les pueden parecer tentadoras, les cuesta trabajo no ceder ante ellas aun cuando son conscientes de sus consecuencias

Cooperatividad

La “Cooperatividad” es un rasgo de carácter multidimensional de nivel superior que contiene cinco rasgos de nivel inferior.

Este rasgo de personalidad fue concebido para diferenciar el espectro de identificación y aceptación que tiene un individuo con los demás. Los individuos con altos indicadores de “cooperatividad” son descritos como empáticos, tolerantes, compasivos, justos, y capaces de brindar seguridad, apoyo, ayuda y servicio a los demás.

En contraste los individuos “no cooperativos” son descritos como intolerantes, críticos, vengativos, egoístas, egocéntricos y oportunistas. Estos individuos tienden a ver primero por ellos mismos que por los demás, por lo que suelen ser descritos como desconsiderados de los derechos y sentimientos de los demás

a) Aceptación social versus indiferencia

Las personas con “adaptación social” como rasgo de la personalidad son tolerantes y amigables. Tienden a aceptar tal y como son a las demás personas, aun cuando tengan opiniones, valores, apariencia y comportamientos distintos a los propios.

En contraste, los individuos “indiferentes” son descritos como intolerantes y poco amigables. Son impacientes y críticos con los demás, especialmente con las personas diferentes a ellos mismos.

b) Empatía versus desinterés social.

Las personas “empáticas” tienden a imaginarse en la situación de los que le rodean. Resultan ser sensibles, comprensivos y considerados para con los sentimientos de los demás. Tienden a tratar a los demás con dignidad y respeto, y pueden poner a un lado sus valores para comprender mejor al otro.

En contraste los individuos que se caracterizan por “desinterés social” impresionan como insensibles o despreocupados por los sentimientos de los demás. Parece que les resulta imposible compartir el esfuerzo, emoción o sufrimiento de otra persona.

c) Capacidad de ayuda versus incapacidad para ayudar.

Los individuos considerados con “capacidad de ayuda” son descritos como cooperadores, alentadores, y con capacidad de ayuda y aliento. Disfrutan de poder ayudar y servir a los demás. Comparten sus conocimientos y habilidades para favorecer la superación de los demás. Por su parte, los individuos con “incapacidad para ayudar” como rasgo de personalidad, dan la impresión de ser egocéntricos, egoístas, y envidiosos, y tienden a ser poco considerados con los demás, aun cuando se encuentren trabajando en un equipo formado por gente cooperativa.

d)Compasión vs. Venganza

Las personas a las que se les considera “compasivas” son descritas como benevolentes, caritativas y con capacidad para perdonar. No disfrutan de la venganza y al haber sido tratados negativamente, por lo general no tratan de vengarse. Estos individuos tratan de sobreponerse a los insultos y al trato injusto, e intentan darle un enfoque constructivo a la relación con los demás. Por su parte, los individuos con bajos indicadores de este rasgo de personalidad tienden a vengarse, abierta o encubiertamente, de las personas que los hieren. Cuando la venganza es realizada de manera abierta presentan un comportamiento activamente agresivo, como dañar física, emocional, o económicamente a los demás. La venganza encubierta es más bien con comportamientos pasivo agresivos, como olvidos y demoras deliberadas.

e) Integridad vs. falta de escrúpulos

Los individuos con altos indicadores de este rasgo de personalidad son honestos, sinceros, con escrúpulos y principios. Han integrado una línea de valores y principios éticos dentro de sus relaciones sociales e interpersonales, lo que les permite tratar consistentemente a los demás. En contraste, quienes tienen escasos índices del rasgo son más bien oportunistas. Llegan a hacer todo lo que les sea posible con tal de lograr su objetivo. No tratan equitativamente a los demás, sino de acuerdo al beneficio que pueden obtener de cada persona. Son descritos por los demás como manipuladores y traicioneros. No han logrado integrar una línea de valores y principios éticos dentro de sus relaciones sociales e interpersonales.

Autotrascendencia

La autotrascendencia es un rasgo de carácter multidimensional de nivel superior compuesta por tres rasgos de nivel inferior.

Los individuos con este rasgo de personalidad son descritos como brillantes, con sabiduría, pacientes, creativos, desinteresados, espirituales, poco pretenciosos y satisfechos. Tienden a tolerar la ambigüedad y la incertidumbre. Pueden disfrutar la mayoría de sus actividades sin tener que saber su desenlace, ni tener la necesidad de controlar la situación. Muchos de estos individuos sienten que los hechos de la vida se van dando siguiendo un proceso natural. Piensan que su espiritualidad les ha ayudado a comprender el verdadero significado de sus vidas. Impresionan a los demás como personas sencillas, modestas y humildes, capaces de aceptar el fracaso. En contraste, aquellos con escasos índices de este rasgo son descritos como orgullosos, impacientes, ensimismados, materiales, impacientes poco imaginativos, sin capacidad de apreciar el arte, e insatisfechos con su vida. No pueden tolerar la ambigüedad, la incertidumbre, y las sorpresas. Buscan tener el mayor control posible de la situación. Impresionan a los demás como individuos incapaces de satisfacerse con lo que tienen.

a) Concentración creativa vs. conciencia

Los individuos con “concentración creativa” tienden a sobrepasar sus límites al estar muy involucrados en una relación interpersonal, o al concentrarse en lo que hacen. Tienden a olvidar en donde se encuentran y pierden contacto con el paso del tiempo. Por esta razón pueden parecer ausentes o “desconectados del entorno”. Dicha concentración es característica de muchos estados de meditación profunda.

Los individuos que alcanzan estas experiencias de concentración sean descritos con frecuencia como creativos y originales. Por su parte, las personas con indicadores altos de “conciencia” muestran una tendencia a permanecer siempre conscientes de su individualidad. Es difícil que se conmuevan por el arte o por la belleza, por lo que en ocasiones son descritos por los demás como convencionales, prosaicos, y sin imaginación.

b) Identificación transpersonal

Los individuos que se caracterizan por este rasgo de personalidad tienden a experimentar una sensación de conexión profunda con el entorno, incluyendo al medio ambiente como a las personas. Con frecuencia sienten que todo forma parte de un sólo organismo viviente. Estos individuos están dispuestos a realizar sacrificios personales con tal de hacer del mundo un sitio mejor (prevenir la guerra, pobreza, o injusticia).

Por su parte, los sujetos con pocos indicadores de este rasgo tienen gran dificultad para tener esa sensación de tener una conexión con el entorno. Tienden a ser individualistas, y no se consideran responsables directos o indirectos de lo que sucede alrededor. Por lo tanto es raro que opten por realizar sacrificios con tal de lograr un sitio mejor.

c) Aceptación espiritual versus materialismo racional

Las personas con “adaptación espiritual” creen en los milagros, experiencias extrasensoriales y otros fenómenos espirituales (telepatía, sexto sentido) Tienden a presentar pensamiento mágico, místico y/o espiritual. En contraste los individuos con escasos indicadores de este rasgo de personalidad aceptan fácilmente el materialismo y el empirismo objetivo, y no así las cosas y/o hechos que carecen de una explicación científica

1.3 Perspectivas actuales: Integración de modelos de personalidad y su implicación en el estudio de la personalidad y la psicopatología.

Rorer y Widiger (1983) afirman que, en tanto que se han propuesto una gran cantidad de modelos de personalidad, no se ha llegado a una integración concluyente de los mismos. Empero, por su parte, Watson y Clark (1984) opinan que, aunque se han sugerido un buen número de rasgos de personalidad específicos, denominados de diferentes maneras, estos pueden ser entendidos como medidas de un constructo similar; e integrados por tanto, a un modelo unitario e integral de personalidad.

En la última década se han dirigido valiosos esfuerzos con la finalidad de integrar los diferentes modelos de personalidad que se han desarrollado hasta el momento, - tanto los multidimensionales como los de factores generales -, en una sola y comprehensiva aproximación. Se ha demostrado, con evidencia suficiente, que los modelos de tres y de cinco factores generales definen prácticamente las mismas estructuras de personalidad (Digman, 1990; Golberg, 1993, John, 1990); y se reconoce que los modelos de factores generales pueden reconciliarse y no se contradicen con los multidimensionales (Golberg, 1993; Guilford, 1975; Hampson, John y Golberg, 1986).

Entre los trabajos que se han desarrollado en esta línea destaca el de Watson y cols. (1994), quienes recientemente presentaron un modelo que fusiona las aproximaciones multidimensionales y las de factores generales, en lo que denominaron “ estructura integral jerárquica ”. En este modelo de personalidad se evidencia la congruencia entre diversos factores generales entre si y entre factores específicos propuestos por distintos autores (y posibilita la exclusión de rasgos que no se encuentran substancialmente relacionados). En términos generales proponen cuatro suprafactores, que incluyen a su vez a varios rasgos de nivel inferior. Los factores generales son: 1) neuroticismo o emocionalidad negativa, 2) extroversión o emocionalidad positiva, 3) consciencia o constrictión, y 4) simpatía o acercamiento social.

Sin lugar a dudas, este tipo de aproximaciones integrales tienen implicaciones importantes en el estudio: 1) de los rasgos de personalidad, en lo general, y 2) de la psicopatología, en lo particular (Watson, Clark, Harkness, 1994).

1) Implicaciones para el estudio de la personalidad:

Las aproximaciones integrales o modelos fusionados, como el expuesto anteriormente, resumen la gran cantidad de datos referentes a interrelaciones entre rasgos; esto es, ordenan y organizan las relaciones conocidas entre rasgos, e identifican que características se encuentran substancialmente relacionadas, y cuales no. De tal manera, resulta posible demostrar: 1) si dos rasgos, que aparentemente son parte de una misma dimensión, resultan empíricamente independientes uno del otro, y 2) si dos constructos que se suponen diferentes o independientes uno del otro, se encuentran realmente, o de hecho, relacionados positivamente.

De acuerdo a Watson y cols. (1994), es solo así, con base en un modelo unitario de factores generales o de nivel superior, que podrá concebirse un principio de organización básica de la personalidad que posibilite: a) la integración de un mayor número de rasgos específicos, y b) la predicción del significado que tienen, dentro de la estructura básica de personalidad, los rasgos que se propongan en el futuro.

2) Implicaciones para el estudio de la psicopatología:

Con base en un análisis minucioso de la información que proporciona el modelo de Watson y cols. (1994), - anteriormente descrito - es posible concluir que, además de las implicaciones en el estudio de la personalidad per sé, una aproximación integral de factores generales evidencia también, una necesidad de modificar la conceptualización, evaluación y estudio de la psicopatología. Los factores generales que propone Watson se encuentran íntimamente relacionados con la presencia de una variedad de síntomas y trastornos mentales. Así por ejemplo, el factor neuroticismo o emocionalidad negativa incluye rasgos relacionados con trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, somatoformes y de personalidad.

En esta dirección, resulta probable que una gran variedad de trastornos mentales se presenten de manera estable y en forma de rasgos de personalidad. Empero, aún y cuando esto se reconoce para el caso de los trastornos de personalidad del Eje II, la cronicidad a sido menospreciada en el estudio de la depresión, la ansiedad, y otros síndromes del Eje I (Depue y Monroe, 1986).

Los estudios de rasgos de personalidad y psicopatología han demostrado además, que una gran variedad de trastornos mentales que se consideran diferentes e independientes entre sí, se encuentran más bien interrelacionados empíricamente. Así por ejemplo, el factor neuroticismo o emocionalidad negativa se relaciona con los síntomas tanto de la depresión como de la ansiedad (Watson, Clark, Harkness, 1994).

En resumen, resulta conveniente dirigir esfuerzos de estudio sistemático de la relación entre los rasgos de personalidad y los síntomas y trastornos mentales, y que se efectúen trabajos que examinen en forma conjunta a diversos trastornos mentales relacionados con factores generales o de nivel superior de personalidad (Watson, Clark y Harkness, 1994).

CAPITULO SEGUNDO

2. Trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.

Los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad son, sin duda alguna, algunas de las enfermedades mentales más frecuentes en la población general (Weissman y Meyes, 1978). Los estudios epidemiológicos concuerdan con una prevalencia a lo largo de la vida de al menos el 5% de la población general (Boyd, y Weissman, 1981). Ello aunado al consecutivo deterioro en el funcionamiento que ocasionan, les sitúa como verdaderos problemas de salud pública cuyo estudio, prevención y tratamiento resultan de suma importancia.

2.1 Trastornos del estado de ánimo

La categoría de Trastornos del Estado del ánimo de la Asociación Psiquiátrica Americana (1987) incluye a los desórdenes que se caracterizan por una disfunción del estado de ánimo, acompañada de síndromes maniacos o depresivos, que no se debe a otro trastorno físico o mental. El estado de ánimo se refiere a una emoción prolongada que matiza la vida psíquica en general.

Las categorías generales de trastornos del estado de ánimo incluidas en el DSM III-R (American Psychiatric Association, 1987) son: a) episodio maniaco, b) episodio hipomaniaco, c) Episodio depresivo mayor, d) trastornos bipolares, y e) trastornos depresivos. Dentro de estos últimos se incluyen: a) Depresión mayor, b) distimia, y c) trastorno depresivo no especificado.

A continuación se describen detalladamente los dos trastornos del estado del ánimo que se incluyen en el presente estudio, la depresión mayor y la distimia.

2.1.1 Depresión Mayor

La Depresión Mayor (DM) se considera un trastorno del estado de ánimo de tipo primario; es decir, una alteración del afecto no debida a ningún otro padecimiento físico o psicológico.

La sintomatología esencial de la DM comprende uno o más episodios depresivos mayores, sin antecedentes de ningún episodio maniaco o hipomaniaco. El episodio depresivo mayor hace referencia a un periodo, de por lo menos dos semanas, en el que un estado de ánimo disfórico se asocia con alguno de los siguientes síntomas: agitación o enlentecimiento psicomotriz, disminución de la energía, sentimientos excesivos de culpa, dificultades de pensamiento y concentración, cambios de peso corporal ante alteraciones en el apetito, disturbios en el dormir, e ideas de muerte o suicidio o intentos suicidas. (American Psychiatric Association, 1994).

Como en el caso de cualquier otro trastorno mental, en la depresión mayor se encuentran alterados los elementos biológicos, psicológicos y sociales del individuo que la padece. Entre las hipótesis más importantes que se ofrecen para explicar la etiología y patogenia de este trastorno se encuentran aquellas que se orientan hacia: a) las alteraciones de la regulación de los sistemas neurotransmisores monoamínicos, b) la regulación alterada del equilibrio colinérgico y adrenérgico, y c) la disminución funcional de la dopamina (Goldman, 1987).

Empero, se reconoce también, que diversos factores psicosociales pueden desempeñar una función importante en la precipitación y constelación particular de los síntomas de la Depresión Mayor (Flaherty, Gaviria, Black, Altman y Mitchell, 1983). Así por ejemplo, los rasgos de personalidad que presentan las personas con DM, bien pueden ser explicados como precursores psicológicos y sociales, aspectos concomitantes, o secuelas de este trastorno afectivo.

Entre las teorías psicológicas propuestas para explicar las características conductuales del paciente deprimido destaca la de Seligman (1974), quien propuso un modelo para la depresión con base en sus hallazgos experimentales de la forma en que produjo en los perros un estado denominado "desesperanza aprendida": Los animales que fueron sujetos a toques eléctricos de los que no les era permitido escapar, consecuentemente no intentaron escapar de toques eléctricos que eran posibles de evitar. Seligman argumentó que no es una experiencia traumática la que produce una interferencia en la adaptación posterior, si no el no tener control sobre la experiencia traumática. Existe una obvia similitud entre la condición de desesperanza aprendida y la inercia de los pacientes depresivos. Empero, para considerar una pérdida afectiva o una dificultad laboral seria como un toque eléctrico del que no se tiene escapatoria es necesario considerar las variables cognitivas inmersas en el proceso de desesperanza aprendida de los deprimidos. En esta dirección Abramson, Seligman y Teasdale (1978) suponen que los pacientes deprimidos aprenden a percibir el refuerzo como independiente de su conducta, y a creer que la causa de esa independencia es estable, negativa y de atribución interna.

Por su parte, Beck se enfoca en la descripción del aspecto cognitivo del paciente deprimido y concluye en lo que se ha dado por denominar "la triada cognitiva de la depresión". En términos generales, el paciente deprimido presenta 1) una visión negativa del futuro, 2) visión negativa de sí mismo, y 3) visión negativa del mundo (Beck, 1970).

Existe evidencia clínica y datos de correlación que permiten suponer que los elementos de la triada cognitiva de la depresión se encuentran interrelacionados (Beck, 1967, 1970, 1974), esto es, que constituyen una estructura (Guidano y Liotti, 1983).

La visión de Guidano y Liotti (1983) resume las nociones más importantes referentes a la vida afectiva y cognitiva del paciente deprimido de la siguiente manera: 1) la percepción de pérdida produce sentimientos de tristeza, 2) es posible distinguir otros sentimientos (además de la tristeza) en la experiencia depresiva: enojo dirigido hacia si mismo y a otros, y miedo, son probablemente los más importantes. Estos sentimientos son ocasionados en la experiencia diaria con base en la selección de estímulos situacionales, y están mediados por el sistema de creencias del paciente. 3) El enojo, la tristeza y el miedo están conectados a creencias específicas, y su relación es entendida en términos de la relación entre las creencias que constituyen la estructura cognitiva característica del individuo. 4) La sensación de pérdida y la reacción ante la misma se desarrollan a lo largo de la vida con base, fundamentalmente, en el ambiente familiar del individuo.

2.1.2. Distimia

La distimia es entendida como un desorden crónico del estado del ánimo que involucra ánimo depresivo en la mayoría de los días de al menos dos años. Además, en los periodos de ánimo depresivo se presentan alguno de los siguientes síntomas: alteraciones en el apetito, insomnio o hipersomnio, baja de energía o fatiga, dificultad para concentrarse y para tomar decisiones, baja autoestima y sentimientos de desesperanza (American Psychiatric Association, 1987).

Este trastorno comienza generalmente en la niñez, adolescencia y adultez temprana, y es más común en mujeres que en hombres adultos (Asociación Psiquiátrica Americana, 1987).

Los factores asociados a la presencia de Distimia son similares a los de la depresión mayor. Entre estos factores se encuentran los genéticos, ambientales y de personalidad. Existe evidencia de que este trastorno es más común en los familiares de primer grado de pacientes que padecen distimia o depresión mayor. Además los estresores ambientales crónicos y los trastornos de la personalidad pueden predisponer la presencia de este trastorno (American Psychiatric Association, 1987).

2.2 Trastornos de ansiedad

La ansiedad es un estado de ánimo que clínicamente puede presentarse en una variedad de trastornos, a saber: trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, fobia simple, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, y trastorno por estrés postraumático. Tomados juntos, los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia a lo largo de la vida de 10 a 20 % en población general, y son así, las enfermedades mentales de mayor prevalencia mundial. Además, junto con los trastornos del estado del ánimo y de uso de sustancias, forman parte de los tres grupos diagnósticos de mayor ocurrencia en la población general (Winokur y Clayton, 1994).

A continuación se revisarán los trastornos de ansiedad de los que se ocupa el presente estudio: el trastorno de pánico con y sin agorafobia, agorafobia sin pánico, fobia simple, trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de ansiedad generalizada.

2.2.1 Trastorno de pánico y Agorafobia

El trastorno de pánico (TP) es un trastorno de ansiedad primario que se caracteriza por una iniciación impredecible de ansiedad grave que se manifiesta como ataque de pánico. El ataque de pánico se define como una aparición súbita de ansiedad intensa, miedo y terror. El cuadro clínico durante el ataque de pánico es parecido al que ocurre en situaciones de verdadera amenaza para la vida, y dura varios minutos, y a veces una o más horas (American Psychiatric Association, 1987).

La gran mayoría de los pacientes con TP desarrollan agorafobia. La agorafobia puede definirse como el miedo a las situaciones en las que el escape puede ser difícil o la ayuda puede no estar disponible. Los pacientes con agorafobia tienden a evitar estas situaciones o entrar a ellas únicamente en compañía de alguien en quien confían. Generalmente, las situaciones temidas provocan ataques de pánico y un fuerte impulso a escapar de las mismas (Wynokur y Clayton, 1994).

Entre las teorías psicológicas que existen para explicar la aparición y/o mantenimiento de estos trastornos destacan las teorías del aprendizaje y las ya tan complementarias teorías cognitivas. De acuerdo a las primeras, el individuo con estos padecimientos ha aprendido, clásica, operante o vicariamente a evitar una situación que percibe peligrosa. De entre el segundo tipo de teorías, las cognitivas, se puede concluir la suposición central de un funcionamiento cognitivo característico en estos pacientes. Al respecto, Guidano y Liotti (1983) advierten que las representaciones "agorafóbicas" internas en situaciones de peligro son, a saber: 1) pérdida de control, 2) seria amenaza al bienestar físico, e 3) incapacidad para enfrentar el daño externo.

De acuerdo a estos autores, tales cogniciones o suposiciones centrales se han desarrollado a lo largo de la vida con base en experiencias que comprenden serios obstáculos para la exploración autónoma y entonces para la separación activa de las personas protectoras. Así, el conflicto central de estos pacientes, en tanto su organización cognitiva particular, se refiere a la necesidad de libertad o autonomía y la necesidad de protección.

Los estudios epidemiológicos recientes reportan una prevalencia a lo largo de la vida entre 0.1 y 2.2 % para el TP, y entre 3.8 y 4.3 % la agorafobia. Además se estima que la prevalencia del trastorno es mayor entre los 25 y 44 años de edad (Eaton, Druman y Weissman, 1991).

La etiología del TP de incierta aún. Empero, los factores genéticos parecen jugar un papel importante en la presentación de este trastorno. Así mismo, se reconoce que algunos factores biológicos, entre los que destaca la hiperventilación y una alteración en el sistema noradrenérgico, se encuentran consistentemente relacionados con la aparición del TP (Gorman, Fyer y Goetz, 1988; Charney, Woods y Nagg, 1990).

Entre los factores psicológicos que se han vinculado estrechamente con la presencia de TP se encuentran los factores cognitivos y de personalidad. Las alteraciones cognitivas que parecen contribuir a la vulnerabilidad para presentar TP incluyen la preocupación por las sensaciones corporales, los pensamientos catastróficos, y la anticipación de amenazas del ambiente. Recientemente, la inhibición recíproca ha sido identificada en hijos de pacientes agorafóbicos y en niños con trastornos de ansiedad (Biederman, Rosenbaum y Hirschfeld, 1990), y se ha propuesto como un disturbio en la interacción social que puede ser un antecedente temperamental del TP en la vida adulta. Además, los pacientes con TP presentan altos índices de rasgos dependientes, evitativos e histriónicos de la personalidad en comparación con sujetos controles (Winokur y Clayton, 1994).

2.2.2 Fobia simple

Una fobia simple es el miedo excesivo a un objeto o situación (estímulo fóbico). El contacto con éste estímulo generalmente provoca una respuesta de miedo. Ello produce un miedo persistente, y evitación o contacto con intenso malestar del mismo. La ansiedad anticipatoria y la conducta de evitación pueden generalizarse a diversos estímulos asociados con el estímulo fóbico, e interferir así con las actividades o el estilo de vida del individuo. En algunos casos, el individuo que padece fobia simple establece una rutina para excluir el estímulo fóbico, y entonces, solo cuando algún cambio en la vida irrumpe ese rutina la persona fóbica busca tratamiento (Winokur y Clayton, 1994).

Los criterios diagnósticos de Fobia simple de la Asociación Psiquiátrica Americana (1987) incluyen: a) miedo persistente a un estímulo circunscrito (objeto o situación), en vez de miedo a tener un ataque de pánico (como en el trastorno de pánico), o miedo a la humillación o vergüenza en situaciones sociales (como en fobia social); b) la exposición al estímulo fóbico provoca una respuesta de ansiedad inmediata, c) el objeto o situación es evitado o contactado con ansiedad intensa, d) el miedo o la conducta de evitación interfiere significativamente con la rutina normal de la persona, e) la persona reconoce que su miedo es excesivo o irracional, y f) el estímulo fóbico no está relacionado con el contenido de las obsesiones del trastorno obsesivo compulsivo o con el trauma de el trastorno por estrés protraumático.

La prevalencia de fobia simple se encuentra entre 4.5 y 11.8% en la población general. Además, una mayor proporción de mujeres que de hombres desarrolla fobia social (Myers, 1984).

En términos generales, la mayoría de los factores etiológicos de la fobia simple que han sido investigados son genéticos (familiares y de gemelos) o de aprendizaje (condicionamiento directo o vicario). Seligman (1971) propone que los seres humanos se “preparan” para aprender miedos que tienen un valor para sobrevivir en un sentido evolutivo (condicionamiento clásico preparado).

2.2.3 Trastorno obsesivo compulsivo

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se caracteriza por obsesiones y compulsiones recurrentes, de severidad suficiente para interferir con la vida del individuo que las padece.

Las *obsesiones* son ideas, pensamientos, impulsos o imágenes persistentes que se experimentan, al menos inicialmente, como intrusivas, y son reconocidas como producto de la mente (a diferencia de los delirios y la inserción de pensamiento). Las personas que las presentan intentan ignorarlas, suprimirlas o neutralizarlas con otros pensamientos o con acciones. Las obsesiones más frecuentes son los pensamientos repetitivos de violencia, contaminación y duda (American Psychiatric Association, 1987).

Por su parte, las *compulsiones* son conductas repetitivas, propositivas e intencionales que son ejecutadas en respuesta a la obsesión, de acuerdo a ciertas reglas o de forma estereotipada. Las conductas son designadas a neutralizar o prevenir la incomodidad o un evento o situación particular. Empero las personas reconocen que éstas (las conductas) son excesivas, irracionales y que no producen placer a pesar de que alivian la tensión. Las compulsiones más comunes son el lavado de manos, el conteo y el chequeo (American Psychiatric Association, 1987).

El TOC generalmente comienza en la adolescencia o adultez temprana, aunque puede presentarse en la niñez. Los estudios epidemiológicos recientes estiman una prevalencia de TOC a lo largo de la vida entre 1 y 2% en población general (Karno, 1988).

Los estudios familiares sugieren una fuerte contribución genética en el desarrollo del TOC, y se han implicado neurotransmisores específicos y regiones neuroanatómicas en la patofisiología del trastorno (Wynokur y Clayton, 1994). Entre los factores asociados al TOC destaca la depresión y la ansiedad. Frecuentemente se presenta evitación fóbica a las situaciones que involucran el contenido de la obsesión (American Psychiatric Association, 1987).

Las teorías psicológicas respecto al TOC se concentran en dos aspectos fundamentales: la conducta compulsiva y la cognición obsesiva. Así, los teóricos del aprendizaje suponen que la conducta compulsiva ha sido aprendida operantemente con la finalidad de aliviar la ansiedad que provocan las obsesiones del paciente. Los pacientes desarrollan rituales específicos en un intento por controlar las consecuencias de la exposición imaginaria al peligro contingente (Guidano, Liotti, 1983). Por su parte, los cognoscitivistas actuales proponen una estructura cognitiva particular para el paciente con TOC cuyo desarrollo se encuentra íntimamente relacionado con experiencias infantiles características (Guidano y Liotti, 1983). Ellis (1962) asegura que las ideas irracionales características del TOC son, a saber: 1) la idea de que uno debe ser absolutamente competente y adecuado en todos los aspectos, 2) la idea de que si algo e o puede ser peligroso uno debe estar absolutamente ocupado al respecto, y 3) la idea de que existe siempre una forma correcta, precisa y perfecta para resolver los problemas, y que es catastrófico no encontrar esa solución.

Por su parte, Singer y Antrobus (1972) reportaron que los pacientes con TOC presentan características de personalidad peculiares entre las que destaca su orientación a la fantasía para procesar la experiencia, aún y cuando “muchas de esas fantasías pueden tener la cualidad de disfóricas e involucrar gran repetición de un pequeño número de temas de naturaleza bizarra casi vívidamente alucinatoria”. Estos hallazgos son francamente compatibles con el tan frecuente reporte de los pacientes con TOC acerca de la existencia de imágenes perturbadoras, vívidas y repetitivas.

2.2.4 Trastorno de ansiedad generalizada.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es una enfermedad mental primaria, es decir, no debida a ningún otro padecimiento físico o psicológico. Se caracteriza por la presencia de humor ansioso intermitente durante un mes o más. Este se manifiesta en tensión motora, hiperactividad vegetativa, expectación aprensiva y vigilancia y escudriñamiento (American Psychiatric Association, 1987).

Aún y cuando es poco lo que se puede decir de la etiología del TAG, en virtud de que son escasos los estudios al respecto, los estresores ambientales, así como algunas anomalías fisiológicas y neuroquímicas parecen jugar un papel importante en la precipitación y mantenimiento de este trastorno.

Los estudios epidemiológicos han demostrado que el TAG es uno de los trastornos de ansiedad más comunes. La prevalencia a lo largo de un año se estima entre el 2 y 3.6 %, y la prevalencia a lo largo de la vida entre el 4.1 y 6.6 % de la población general. Los índices de prevalencia han sido más altos en mujeres y en personas menores de 30 años de edad (Blazer, 1991).

2.3 Trastorno mixto de ansiedad y depresión

En la sección de trastornos mentales de la décima edición de la de clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) (Organización Mundial de la Salud, 1993) aparece, por primera vez en forma oficial, la categoría de trastorno mixto de ansiedad y depresión (TMAD). En los criterios para la investigación de dicho trastorno aparece la siguiente leyenda: "Dado que para estos trastornos existen muchas combinaciones de síntomas de intensidad leve, no se proporcionan criterios específicos, aparte de los que se hallan descritos en las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Se sugiere a los investigadores que deseen estudiar enfermos con estos trastornos que diseñen sus propios criterios a partir de las pautas, en función de las condiciones y finalidades del estudio".

Para la clasificación de trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994), el TMAD no existe como categoría aceptada, sino sólo como una propuesta que amerita ser estudiada.

La clara definición de ciertas condiciones clínicas, tales como la depresión mayor y los trastornos de ansiedad, pronto puso de manifiesto la alta comorbilidad entre dichos desórdenes. Si se toma en cuenta la evolución longitudinal de estos trastornos se encuentra que de 40 a 80% de los pacientes con trastorno de pánico han padecido un trastorno depresivo mayor, mientras que por lo menos 25% de los pacientes con depresión han tenido el diagnóstico de trastorno de pánico en algún momento de sus vidas.

Los datos de historia familiar e índices biológicos, claramente indican que los pacientes con depresión mayor pura, sin trastornos asociados, así como el trastorno de pánico puro pudieran representar entidades diagnósticas bien definidas (Akiskal, 1985; Crowerr, Noyes, Pauls, Slymen, 1983). Sin embargo, la definición de la interfase ansiedad y depresión es un tópico más complejo.

La discusión sobre la existencia del TMAD como una categoría separada ha implicado posiciones encontradas. Preskorn y Fast (1993) cuestionan, no solo a la forma misma de establecer los diagnósticos en psiquiatría (utilizando categorías basadas casi siempre en evaluaciones transversales), sino también la necesidad de "crear" nuevas categorías "mixtas". Ellos se preguntan si la creación de estas categorías mixtas no viene a confundir y a "enriquecer" los "botes de basura" en los que se incluyen una gran cantidad de pacientes que simplemente no cuadran en los diagnósticos categóricos clásicos (léase a todos los trastornos "no especificados" o NOS por sus siglas en inglés "*not otherwise specified*"). Los autores discuten la dificultad que plantean estas categorías mixtas para conducir trabajos de investigación adecuados que permitan establecer la validez propia de la categoría a través de estudios de riesgo y fisiopatológicos.

En síntesis, aunque la categoría de TMAD es discutida, parece ser un hecho que hay muchos pacientes que tienen en forma conjunta de sintomatología de ambos grupos de trastornos (depresión y ansiedad).

La aceptación del TMAD en la clasificación internacional de enfermedades ha colocado al tema en el centro de la discusión de los trastornos neuróticos, en virtud de que las voces en contra de la misma no han dejado de sonar.

Para Boulenger y Lavallée (1993), es necesario distinguir los siguientes cuatro subgrupos para dimensionar adecuadamente la situación que existe en la interfase ansiedad-depresión:

- a) Pacientes portadores de síntomas, tanto depresivos como ansiosos, pero que nunca cumplieron con criterios completos para algún trastorno dentro de algún sistema de clasificación.
- b) Pacientes que cumplen en forma completa y comórbida los criterios, tanto para el diagnóstico de depresión mayor como el de algún trastorno por ansiedad (específicamente TP o TAG).
- c) Pacientes que cumplen con los criterios completos para uno de los trastornos (depresión o ansiedad) y además tienen síntomas asociados del otro trastorno (ej. depresión mayor con algunos síntomas ansiosos).
- d) Pacientes que han tenido, en forma crónica, síntomas de ansiedad y depresión sin llenar los criterios, pero que alguna vez en la vida tuvieron historia de un trastorno depresivo mayor (TDM) o un TP o TAG.

La descripción clínica del TMAD de acuerdo a la OMS (1993) es como sigue: “una mezcla de síntomas ansiosos y depresivos de igual importancia asociados con, por lo menos, algunos síntomas autonómicos como temblor, palpitaciones, y malestar abdominal, que se relacionan a casos vistos en el encuadre de la atención primaria o en la población general. Dichos casos son frecuentes y los pacientes pueden sufrir de por lo menos algún grado de disfunción.”

Finalmente, aunque la Asociación Psiquiátrica Americana no ha aceptado como categoría al TMAD, los criterios de diagnóstico propuestos a ser evaluados son los siguientes:

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PROPUESTOS A LA APA
PARA TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION**

A. Ánimo disfórico persistente o recurrente con una duración de por lo menos 1 mes.

B. El ánimo disfórico se acompaña por , por lo menos 1 mes de cuatro (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) dificultad para concentrarse o sentir que se tiene la mente en blanco.
- (2) alteración en el dormir (dificultad para quedarse o mantenerse dormido, inquietud o sueño no reparador).
- (3) fatiga o baja energía.
- (4) irritabilidad
- (5) preocupación.
- (6) llanto fácil
- (7) hipervigilancia
- (8) anticipación de lo peor.
- (9) desesperanza(pesimismo persistente sobre el futuro)
- (10) Baja autoestima o sentimientos de minusvalía.

C. Los síntomas causan alteración o disfunción clínicamente significativa en el área social, ocupacional y otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. drogas de abuso o medicamentos) o a una condición médica general.

E. Todos los siguientes:

- (1) nunca se han cumplido los criterios para depresión mayor, distimia, trastorno de pánico o ansiedad generalizada.
- (2) no se cumplen los criterios en la actualidad para ningún trastorno por ansiedad o del ánimo (incluyendo trastornos de ánimo o ansiedad en remisión parcial).
- (3) los síntomas no pueden ser explicados por otros trastornos.

2.4 Relación entre Depresión y Ansiedad

Existen dos modelos conceptuales opuestos, así como un tercero que adopta una posición intermedia para definir como se relacionan la ansiedad y la depresión, a saber: a) la ansiedad y la depresión son variantes de un mismo trastorno que difiere cuantitativamente (modelo unitario); b) la ansiedad y la depresión son trastornos distintos que difieren cualitativamente (modelo pluralístico); y c) la relación entre ansiedad y la depresión se da como una mezcla de dos síndromes, fenomenológicamente diferentes de la ansiedad primaria o la depresión primaria (posición ansioso-depresiva) (Stavrakaki y Vargo, 1986).

a) **Modelo Unitario:** El principal argumento para afirmar que la ansiedad y la depresión pueden ser representados como un solo *continuum* es el de la gran sobreposición clínica entre los síntomas ansiosos y depresivos. Por ejemplo, Gresh y Fowels (1979) los concebían como dos estadios sintomáticos del trastorno afectivo en donde la razón de los síntomas ansiosos o depresivos varía en el tiempo de acuerdo al momento del curso de la enfermedad en el que se hace el diagnóstico.

El otro gran argumento que apoya la visión unitaria proviene de los estudios de tratamiento que demuestran que los pacientes con trastornos por ansiedad responden en forma adecuada a los antidepresivos, e incluso, aunque es un hallazgo controvertido, se ha reportado que por lo menos uno de los ansiolíticos clásicos, el alprazolam, tiene propiedades antidepresivas *per se*.

En cuanto al curso de los trastornos, Lesse (1982) afirma la existencia de un eje estrés-ansiedad-depresión con el sustento de que existe una menor edad de inicio de los trastornos por ansiedad en comparación con la depresión, o como lo reportan Clancy y cols (1979), el tiempo promedio en el que se desarrolla una depresión secundaria en pacientes ansiosos es de 5 años.

Finalmente, el argumento de Johnstone y cols (1980) es que no pudieron demostrar factores separados al evaluar a sus pacientes con las escalas de Hamilton para ansiedad y depresión, y encontró una gran correlación entre las escalas, que en la semana uno de tratamiento era de 0.53 y a la semana cinco la correlación se incrementaba a 0.77.

De acuerdo a esta perspectiva, los trastornos de ansiedad pura, las condiciones mixtas de ansiedad y depresión y los trastornos afectivos puros con variantes clínicas de un mismo trastorno básico.

b) Modelo pluralístico: Roth y cols (1972) afirman que la separación clínica entre pacientes ansiosos y deprimidos puede sustentarse con evidencias en síntomas, escalas de evaluación, personalidad, respuesta al tratamiento, historia familiar y variables fisiológicas. La herramienta que se ha utilizado frecuentemente está sustentada en estrategias estadísticas como el análisis de componentes principales y análisis discriminante. En un estudio, estos autores encontraron que los pacientes con estados de ansiedad tenían una edad de inicio menor, mayor prevalencia de trastornos mentales en familiares de primer grado, peor ajuste social, rasgos de personalidad de dependencia e inmadurez y mayor duración de la enfermedad que los pacientes con enfermedades depresivas. Ellos explican los casos mixtos como comorbilidad verdadera y no consideran necesaria la creación de categorías adicionales.

Así, de acuerdo a este modelo los trastornos de ansiedad y afectivos “puros” son entidades clínicas diferentes, y las condiciones mixtas de ansiedad y depresión son variaciones de un trastorno de ansiedad o de uno afectivo.

c) Modelo ansioso-depresivo. La explicación de este modelo se basa en que los pacientes “ansiosos depresivos” son una entidad diferente de la depresión pura o la ansiedad pura, y aunque más cercanos a la postura unitaria, no asumen que exista una causa subyacente única a las tres manifestaciones clínicas.

Van Valkenburg y cols (1984) examinaron la validez del síndrome ansioso-depresivo en una muestra de 114 pacientes que cumplieron criterios diagnósticos para trastorno de pánico y/o para depresión mayor. Los sujetos fueron divididos en los grupos “puros” con ansiedad o depresión, y en los grupos mixtos. Los pacientes con síntomas mixtos tuvieron significativamente más agitación, síntomas hipocondríacos, despersonalización, desrealización y una mayor tendencia a la sintomatología depresiva crónica. En cuanto a la respuesta al tratamiento, los de las categorías mixtas mejoraron menos cuando se les proporcionó un espectro de intervenciones farmacológicas y psicológicas. En cuanto al curso, los de las categorías mixtas mostraron un funcionamiento psicosocial peor, y en la historia familiar no se documentaron diferencias.

De acuerdo a este modelo los trastornos de ansiedad y afectivos “puros”, así como la condición mixta de ansiedad y depresión son tres trastornos diferentes entre sí.

Clark y Watson (1991) reconsideran el asunto de la interacción entre la depresión y la ansiedad y extienden su visión a cinco posibilidades. Ellos afirman que la relación entre ansiedad y depresión ha sido vista como:

- a) diferentes puntos a lo largo de un mismo continuo.
- b) manifestaciones alternativas de una diátesis subyacente común.
- c) síndromes heterogéneos que están asociados porque tienen subtipos compartidos.
- d) fenómenos separados, cada uno de los cuales puede derivar en el otro a lo largo del tiempo, y como
- e) fenómenos distintos empírica y conceptualmente.

CAPITULO TERCERO

3. Personalidad y trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.

El avance en el estudio de la personalidad ha favorecido en buena medida el entendimiento de otros fenómenos de interés para la psicología. Tal es el caso de la psicopatología en general, y de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en lo particular.

3.1 Personalidad y psicopatología en general.

Watson (1994) asegura que, la gran mayoría de los cuadros psicopatológicos se relacionan con rasgos de personalidad estables en el tiempo. Con base en un estudio con su modelo integrativo y otros modelos de personalidad, el autor concluye relaciones directas entre rasgos de personalidad y diferentes síntomas y diagnósticos. Por ejemplo, el factor de personalidad *neuroticismo o emocionalidad negativa*, incluye rasgos relevantes para explicar la presencia de estados psicopatológicos, como los trastornos del estado de ánimo (depresión), de ansiedad, somatoformes, o de personalidad. Por su parte, el rasgo de *conciencia y el de interacción amistosa* se relacionaron con la presencia de trastornos de conducta; la baja energía del factor *emocionalidad positiva*, con alteraciones del estado de ánimo; y la baja empatía o baja confianza del rasgo de *interacción amistosa*, con trastornos de personalidad.

3.2. Personalidad y trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.

Los trastornos del estado de ánimo y/o de ansiedad se caracterizan por una alteración afectiva, cognoscitiva, biológica y conductual que se encuentra interrelacionada de manera sistemática con la presencia de rasgos específicos de personalidad.

Se han propuesto una diversidad de modelos alternativos de explicación de la relación entre la personalidad y los estados y/o trastornos del estado de ánimo y de ansiedad (Akiskal, Hirschfeld y Yerevian, 1983; Klein, Wonderlich y Shea, 1993).

Estos modelos pueden agruparse en cuatro rubros generales: 1) *los modelos de predisposición* o vulnerabilidad, en los que se propone que las características de personalidad juegan un papel causal en el desarrollo de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad; 2) *el modelo patoplástico*, que postula que las características de personalidad modifican el curso o expresión de los trastornos, sin que deba existir necesariamente una relación etiológica directa (Wachtel, 1994); 3) *la hipótesis de complicación*, que propone que los trastornos del estado de ánimo o de ansiedad afectan la personalidad, que pueden representar síntomas residuales o de adaptación de carácter (Akiskal, 1990). Y finalmente, 4) *la hipótesis de continuidad*, que postula que tanto la personalidad como el trastorno del estado de ánimo o de ansiedad reflejan un mismo y único proceso subyacente. Desde esta última perspectiva, los trastornos son entendidos como manifestaciones extremas de rasgos de personalidad normales o, algunos rasgos son manifestaciones subclínicas de los trastornos.

En resumen, son dos las suposiciones centrales referentes a la relación entre la personalidad y la depresión y la ansiedad; a saber: a) que existe una estructura de personalidad similar tanto para la depresión como para la ansiedad, o b) que existen estructuras de personalidad específicas y distintivas relacionadas con la presencia de cada uno de estas alteraciones emocionales.

Diversos autores han concluido que ciertos rasgos de personalidad característicos de la ansiedad y la depresión podrían explicar la tan reportada asociación entre estas dos entidades clínicas. Ello en tanto que la estrecha correlación (de .40 a .70) entre las medidas de depresión y ansiedad, bien podría deberse a que se evalúa un mismo factor de personalidad subyacente, sea que se denomine hostilidad, enojo, neuroticismo, creencias irracionales, fuerza del yo o discapacidad social (Dobson, 1985; Gotlib, 1984; Mendels, 1972; Tanaka-Matsumi y Kameoka, 1986).

Recientemente, Watson y Clark (1993) dieron a conocer un modelo tripartita de personalidad de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad (MTDA: Modelo tripartita para depresión y ansiedad). Éste fue desarrollado con base en dos factores de un modelo anterior de los mismo autores, y otro factor general que se encontró asociado sistemática y específicamente con la ansiedad (Clark, Watson y Minerka, 1994).

Con base en este modelo de personalidad, los autores postulan, a saber, que: a) Tanto la ansiedad como la depresión se relacionan con un factor general de perturbación conocido como *afectividad negativa (o neuroticismo en la terminología de Eynseck)*, b) que la depresión se caracteriza, - a diferencia de la ansiedad -, por la presencia de *baja afectividad positiva (o extroversión según el modelo de Eynseck)*, y c) que la ansiedad se relaciona, - a diferencia de la depresión -, con la presencia de *hiperactividad autonómica*.

En resumen, los rasgos específicos de personalidad que se han sugerido y evidenciado como factores generales relacionados con la ansiedad y la depresión son, a saber: el *neurotismo*, la *afectividad negativa* y el *Distress Psicológico General*. (Eynseck, 1970; Gotlib, 1984; Watson y Clark, 1984; Zurawski y Smith, 1987).

Finalmente, es posible concluir que, en términos generales, son dos las suposiciones centrales referentes a la relación entre la personalidad y la depresión y la ansiedad: a) que existe una estructura de personalidad similar tanto para la depresión como para la ansiedad, o b) que existen estructuras de personalidad específicas y distintivas relacionadas con la presencia de cada uno de estas alteraciones emocionales.

Los datos emanados de los estudios de personalidad de la interfase ansiedad-depresión demuestran en buena medida que existe una superposición entre la ansiedad y la depresión. Empero, esto no implica que no pueda o deba hacerse una distinción entre la ansiedad y la depresión. Mas aún, es posible establecer subcategorías de pacientes en ambas entidades diagnósticas con base en los correlatos de experiencias fisiológicas y/o subjetivas únicas para cada trastorno. Sin embargo, resulta evidente que el estudio de la interfase ansiedad- depresión supone una problemática especial, y que es necesario encaminar esfuerzos para determinar los factores que expliquen su diferenciación diagnóstica (Robles, Páez y López Munguía, 1999).

JUSTIFICACION

Los avances en el estudio de la personalidad han favorecido el entendimiento de muchos otros fenómenos de interés para la psicología. Tal es el caso de la psicopatología, que actualmente se sugiere intimamente relacionada con características específicas de personalidad.

La depresión y la ansiedad son si duda, los trastornos mentales más frecuentes en la población general. Es por ello que resulta de suma importancia dirigir esfuerzos para determinar los factores que se encuentran relacionados con la presentación de estas enfermedades. Diversos autores han sugerido una relación entre características o rasgos específicos de personalidad y la presencia de trastornos afectivos y de ansiedad. Empero, son pocos los trabajos dedicados a determinar modelos integrales de factores generales o de nivel superior de personalidad relacionados con la depresión y la ansiedad. Además ningún estudio de este tipo se ha dirigido a la vez a población tanto depresiva, como ansiosa y mixta (con depresión y ansiedad).

En esta dirección el presente trabajo tiene por objeto determinar un modelo integral de factores generales de personalidad para la depresión y la ansiedad con base en la comparación de grupos de sujetos con depresión mayor, trastornos de ansiedad, trastorno mixto de ansiedad y depresión, formas comórbidas de ansiedad y depresión y voluntarios sanos.

PROBLEMA

El presente estudio tiene por objeto contestar a tres preguntas fundamentales, a saber:

¿Cuál es el modelo de personalidad de factores generales para la depresión mayor, los trastornos de ansiedad, el trastorno mixto de ansiedad y depresión y las formas comórbidas de ansiedad y depresión?

¿Cuáles son las diferencias y semejanzas entre los perfiles de personalidad de la depresión, de los trastornos de ansiedad, del trastorno mixto de ansiedad y depresión, de las formas comórbidas de ansiedad y depresión?

¿Existe una relación entre rasgos específicos de la personalidad y la severidad de sintomatología depresiva y ansiosa en pacientes con depresión, trastornos de ansiedad, trastorno mixto de ansiedad y depresión, formas comórbidas de ansiedad y depresión y sujetos sanos?

HIPOTESIS

Las hipótesis básicas del presente trabajo son, a saber:

Ho: Ninguna de las puntuaciones totales de las escalas del Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger, de la Escala de afectividad positiva y negativa de Watson, y del Cuestionario de personalidad de Eynseck difieren significativamente entre los pacientes con depresión, trastornos de ansiedad, trastorno mixto de ansiedad y depresión, formas comórbidas de ansiedad y depresión y sujetos sanos (No existe un modelo de personalidad ni diferencias y/o semejanzas significativas en el perfil de personalidad de pacientes con depresión, trastornos de ansiedad y formas mixtas de ansiedad y depresión).

Ho: Ninguna de las puntuaciones totales de las escalas del Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger, de la Escala de afectividad positiva y negativa de Watson, y del Cuestionario de personalidad de Eynseck se correlacionan significativamente con las puntuaciones totales de los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck de los pacientes con depresión, trastornos de ansiedad, trastorno mixto de ansiedad y depresión, formas comórbidas de ansiedad y depresión y sujetos sanos (No existe una relación entre rasgos de personalidad y severidad de sintomatología depresiva y de ansiedad).

Ht: Los sujetos con depresión mayor presentan una elevación estadísticamente significativa en la puntuación de las escalas de personalidad relacionadas con la depresión del Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger, de la Escala de afectividad positiva y negativa de Watson, y del Cuestionario de personalidad de Eynseck, en comparación con los sujetos con trastornos de ansiedad, trastorno mixto de ansiedad y depresión, formas comórbidas de ansiedad y depresión y voluntarios sanos (Existe un modelo de personalidad para la depresión).

Ht: Los sujetos con trastornos de ansiedad presentan una elevación estadísticamente significativa en la puntuación de las escalas de personalidad relacionadas con la ansiedad del Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger, de la Escala de afectividad positiva y negativa de Watson, y del Cuestionario de personalidad de Eynseck, en comparación con los sujetos con depresión mayor, trastorno mixto de ansiedad y depresión, formas comórbidas de depresión y ansiedad y voluntarios sanos (Existe un modelo de personalidad para los trastornos de ansiedad).

Ht: Los sujetos con formas mixtas de ansiedad y depresión muestran una elevación estadísticamente significativa en la puntuación de las escalas de personalidad relacionadas con la ansiedad y la depresión del Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger, de la Escala de afectividad positiva y negativa de Watson, y del Cuestionario de personalidad de Eynseck, en comparación con los sujetos con depresión mayor, trastornos de ansiedad y voluntarios sanos (Existe un modelo de personalidad para las formas mixtas de ansiedad y depresión: trastorno mixto de ansiedad y depresión y formas comórbidas de ansiedad y depresión).

Ht: Existen semejanzas y diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones totales de las escalas del Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger, de la Escala de afectividad positiva y negativa de Watson, y del Cuestionario de personalidad de Eynseck, entre los sujetos con depresión mayor, trastornos de ansiedad, trastorno mixto de ansiedad y depresión, formas comórbidas de ansiedad y depresión y voluntarios sanos (Existen semejanzas y diferencias significativas en el perfil de personalidad de los pacientes con depresión, trastornos de ansiedad y formas mixtas de ansiedad y depresión: trastorno mixto de ansiedad y depresión y formas comórbidas de ansiedad y depresión).

Ht: Existe una correlación estadísticamente significativa entre las puntuaciones totales de los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck y la puntuación de las escalas relacionadas con la ansiedad y la depresión del Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger, de la Escala de afectividad positiva y negativa de Watson, y del Cuestionario de personalidad de Eysenck (Existe una relación entre rasgos de la personalidad y severidad de sintomatología depresiva y ansiosa).

Ha: Los sujetos con depresión mayor presentan una disminución estadísticamente significativa en la puntuación de las escalas de personalidad relacionadas con la depresión del Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger, de la Escala de afectividad positiva y negativa de Watson, y del Cuestionario de personalidad de Eysenck, en comparación con los sujetos con trastornos de ansiedad, trastorno mixto de ansiedad y depresión, formas comórbidas de depresión y ansiedad y voluntarios sanos.

Ha: Los sujetos con trastornos de ansiedad presentan una disminución estadísticamente significativa en la puntuación de las escalas de personalidad relacionadas con la ansiedad del Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger, de la Escala de afectividad positiva y negativa de Watson, y del Cuestionario de personalidad de Eysenck, en comparación con los sujetos con depresión mayor, trastorno mixto de ansiedad y depresión, formas comórbidas de depresión y ansiedad y voluntarios sanos.

Ha: Los sujetos con formas mixtas de ansiedad y depresión (trastorno mixto de ansiedad y depresión y formas comórbidas de ansiedad y depresión) muestran una disminución estadísticamente significativa en la puntuación de las escalas de personalidad relacionadas con la ansiedad y la depresión del Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger, de la Escala de afectividad positiva y negativa de Watson, y del Cuestionario de personalidad de Eysenck, en comparación con los sujetos con depresión mayor, trastornos de ansiedad y voluntarios sanos.

OBJETIVOS

Objetivos generales

1. Determinar un modelo de personalidad de factores generales para la depresión mayor, los trastornos de ansiedad, el trastorno mixto de ansiedad y depresión y las formas comórbidas de ansiedad y depresión.
2. Comparar los perfiles de personalidad de la depresión, los trastornos de ansiedad, el trastorno mixto de ansiedad y depresión, el de las formas comórbidas de ansiedad y depresión y el de sujetos voluntarios sanos.
3. Establecer la relación que existe entre rasgos específicos de la personalidad y la severidad de sintomatología depresiva y ansiosa

Objetivos específicos

- 1.1 Determinar un modelo de personalidad de factores generales para la depresión mayor.
- 1.2 Determinar un modelo de personalidad de factores generales para los trastornos de ansiedad.
- 1.3 Determinar un modelo de personalidad de factores generales para el trastorno mixto de ansiedad y depresión.
- 1.4 Determinar un modelo de personalidad de factores generales para las formas comórbidas de ansiedad y depresión.
- 2.1 Comparar los perfiles de personalidad de la depresión, los de los trastornos de ansiedad, el trastorno mixto de ansiedad y depresión, las formas comórbidas de ansiedad y depresión y el de sujetos voluntarios sanos.
- 3.1 Establecer la relación que existe entre la severidad de la sintomatología depresiva y la presencia de rasgos específicos de la personalidad.
- 3.2 Establecer la relación que existe entre la severidad de sintomatología ansiosa y la presencia de rasgos específicos de personalidad.

METODO

Diseño

El presente es un estudio no experimental, transversal, comparativo y de escrutinio. Ello en tanto que se llevó a cabo la observación de las variables en un solo momento de tiempo, y con base en puntuaciones totales en diferentes escalas, que se compararon entre grupos de sujetos normales y con trastornos del estado del ánimo y de ansiedad.

Universo y Muestra

La muestra total para el estudio estuvo integrada por 424 sujetos de ambos sexos, entre 18 y 65 años de edad y de nacionalidad mexicana. Con ellos se conformaron cinco grupos, cuatro de ellos estuvieron integrados por sujetos con alguno de los diagnósticos sujetos a estudio, y uno más se utilizó como grupo de comparación de sujetos sanos. Los cinco grupos fueron: 1) pacientes con depresión mayor, 2) pacientes con trastornos de ansiedad, 3) pacientes con trastorno mixto de ansiedad y depresión, 4) sujetos con formas comórbidas de depresión y ansiedad, y 5) voluntarios sanos (sin trastorno mental alguno).

Criterios de elegibilidad para los grupos diagnósticos

- Tener entre 18 y 65 años de edad
- Cubrir los criterios diagnósticos del DSM IV para Depresión mayor, o algún trastorno de ansiedad, o cubrir los criterios diagnósticos propuestos a la Asociación Psiquiátrica Americana para Trastorno de Ansiedad Generalizada, o presentar formas comórbidas de depresión y ansiedad.
- No presentar otro trastorno mental

Criterios de elegibilidad para el grupo de sujetos sanos

- Tener entre 18 y 65 años de edad
- No presentar trastornos del estado de ánimo ni de ansiedad en el momento actual.

Variables e Instrumentos

Variables

A continuación se enlistan y describen las variables sujetas a estudio. Posteriormente se describirán los instrumentos con base en los cuales fueron evaluadas en la muestra total de sujetos.

1. Trastornos del Estado de ánimo

- a) Diagnóstico:** Presencia de Depresión Mayor o Distimia con base en los criterios diagnósticos del DSM IV. El instrumento de evaluación que se utilizará será el apartado de depresión de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM IV: SCID (Spitzer, Williams, y First, 1990).
- b) Severidad:** Gravedad de la sintomatología depresiva. Se evaluará mediante el Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1961).

2. Trastornos de ansiedad

a) Diagnóstico:

Trastorno de ansiedad generalizada: Presencia de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) con base en los criterios diagnósticos del DSM IV. El instrumento de evaluación que será utilizado para determinar el diagnóstico de TAG será el apartado de TAG de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM IV: SCID.

Trastorno de pánico con y sin agorafobia: Presencia de Trastorno de Pánico (TP) con base en los criterios diagnósticos del DSM IV. El diagnóstico de TP se evaluará mediante el apartado de TP de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM IV: SCID.

Fobia simple: Presencia de Fobia simple con base en los criterios del DSM IV, que se evaluarán por medio del apartado de Fobia simple de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM IV: SCID.

Trastorno Obsesivo Compulsivo: Diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) con base en los criterios del DSM IV. La presencia de TOC se evaluará mediante el apartado de TOC de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM IV: SCID.

Agorafobia sin pánico: Diagnóstico de Agorafobia sin pánico con base en el apartado de Agorafobia de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM IV: SCID.

b) Severidad: Gravedad de síntomas de ansiedad. Se evaluará con base en el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988).

3. Trastorno mixto de ansiedad y depresión

- a) **Diagnóstico:** Presencia de Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión con base en los criterios propuestos a la Asociación Psiquiátrica Americana para el DSM IV. Se evaluará con base en la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM IV: SQUID.
- b) **Severidad:** Gravedad de síntomas de depresión y ansiedad. Se evaluará mediante en Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario de Depresión de Beck.

3. Formas comórbidas de depresión y ansiedad

- a) **Diagnóstico:** Presencia de formas comórbidas de ansiedad y depresión que no correspondan al Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión, con base en los criterios diagnósticos de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM IV: SCID. Las formas comórbidas que se incluyeron fueron: Trastorno de Ansiedad y de Depresión actuales, Depresión actual y Trastorno de ansiedad a lo largo de la vida, y Trastorno de ansiedad actual y depresión a lo largo de la vida.
- b) **Severidad:** Gravedad de síntomas de depresión y ansiedad. Se evaluará mediante en Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario de Depresión de Beck.

3. Personalidad

- a) **Rasgos de personalidad:** Presencia de las siguientes características generales de personalidad: Afectividad Positiva, Afectividad negativa, Psicastenia, Extroversión, Neuroticismo, Desinhibición, y Búsqueda de la Novedad, Evitación del Daño, Dependencia de la Recompensa, Persistencia y Autodirección. Se evaluarán con base en las versiones en español de los siguientes instrumentos: Escala de afectividad positiva y negativa (Watson, Clark, y Tellegen, 1988), Cuestionario de personalidad de Eysenck (Eysenck y Eysenck, 1975), e Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger (Cloninger, 1993).

4. Sociodemograficas

- a) **Género:** Masculino o femenino
- b) **Edad:** Años cumplidos a la fecha de realización del estudio
- c) **Escolaridad:** Cantidad de años oficiales de estudio.
- d) **Estado Civil:** Tener o no pareja (sea matrimonio y unión libre, o viudez y soltería respectivamente)

Estas características serán evaluadas con base en una forma de registro *ad hoc*.

Instrumentos

El **SCID** (de las siglas en ingles de: "Structured Clinical Interview for DSM disorders") es un instrumento diseñado por Spitzer y Williams (1983) para evaluar la presencia de trastornos mentales del EJE I de acuerdo a los criterios diagnósticos de la Asociación Psiquiátrica Americana. A la fecha se disponen de dos versiones del mismo, una para determinar el diagnóstico de trastornos mentales de acuerdo al DSM III, y la última para el DSM IV (Spitzer y Williams, 1990). Es una entrevista semi estructurada que puede ser administrada por personal previamente entrenado para esta tarea, y que cuenta con validez y confiabilidad adecuadas. La consistencia interna del instrumento va de .60 (para esquizofrenia) a .80 (para evitación) (First, Spitzer, Golbon y William, 1997)

El **Inventario de Depresión de Beck (BDI)** (1961) fue diseñado para evaluar la intensidad de la sintomatología depresiva que presenta un individuo. El instrumento es autoaplicable, y consta de 21 reactivos, cada cual con cuatro afirmaciones que describen el espectro de severidad de la categoría sintomática y conductual evaluada. En todos los casos, el primer enunciado tiene un valor de 0, que indica la ausencia del síntoma, el segundo de 1 punto, el tercero de 2 puntos, y el cuarto de 3 puntos, que constituye la severidad máxima del síntoma.

Las categorías evaluadas por el BDI son: 1) ánimo, 2) pesimismo, 3) sensación de fracaso, 4) insatisfacción, 5) sentimientos de culpa, 6) sensación de castigo, 7) autoaceptación, 8) autoacusación, 9) ideación suicida, 10) llanto, 11) irritabilidad, 12) aislamiento, 13) indecisión, 14) imagen corporal, 15) rendimiento laboral, 16) trastornos del sueño, 17) fatigabilidad, 18) apetito, 19) pérdida de peso, 20) preocupación somática, y 21) pérdida de la libido. Los primeros 14 apartados se refieren a síntomas afectivo-cognoscitivos, y los 7 restantes a síntomas vegetativos y somáticos que regularmente se incluyen para hacer el diagnóstico de Depresión Mayor. El instrumento ha mostrado tener validez y confiabilidad aceptables para su empleo en el ejercicio clínico y de investigación, y la versión en español que se utiliza en el presente estudio se ha comportado psicométricamente de manera similar a la versión original (Torres, Hernández, Ortega, 1991; Ramos, 1986).

El **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)** (1988) fue diseñado para evaluar la intensidad de sintomatología ansiosa presente en un individuo. El BAI es una escala autoaplicable que consta de 21 reactivos que determinan la severidad con que se presentan las categorías sintomáticas y conductuales que evalúan. Estas categorías corresponden a los síntomas que generalmente se incluyen para hacer el diagnóstico de algún trastorno de ansiedad. La evaluación de la severidad de los síntomas se hace mediante una escala de 0 a 3 puntos, en donde 0 indica la ausencia del síntoma, y el 3 la severidad máxima del mismo. Los estudios de las propiedades psicométricas del BAI en población clínica y normal, de adolescentes y adultos, han demostrado que la escala se caracteriza por una alta consistencia interna (alphas superiores a .90), validez divergente moderada (correlaciones menores a .60), y validez convergente adecuada (correlaciones mayores a .50) (Beck y Steer, 1991; Steer, Rissmiller, Ranieri y Beck, 1993; Kumar, Steer y Beck, 1993; Osman, Barrios, Aukes, Osman y Markway, 1993; Steer, Kumar, Ranieri y Beck, 1995). Los análisis factoriales han extraído cuatro factores principales, que se han denominado: subjetivo, neurofisiológico, autónomico y pánico (Steer, Ranieri, Beck y Clark, 1993; Steer, Rissmiller, Ranieri y Beck, 1993; Osman, Beverly, Kopper, Barrios, Joylene y Wade, 1997).

La traducción, normatividad y estudio de propiedades psicométricas de la versión en español del BAI se llevó a cabo con antelación por los autores del presente estudio. Los datos de validez y confiabilidad de la versión en español para población mexicana que se utilizó en el presente estudio corresponden con los reportados en los trabajos con la versión original. La versión en español del BAI se caracteriza por una alta consistencia interna (alphas de .84 y .83 en estudiantes y adultos, respectivamente), alto coeficiente de confiabilidad test retest ($r=.75$), validez convergente adecuada (índices de correlación entre BAI e IDARE moderados, positivos y significativos), estructura factorial de cuatro factores principales congruente con la reportada para la versión original, y validez predictiva (Robles, Varela, Jurado, López Munguía y Páez, 2000).

La Escala de Afectividad Positiva y Negativa fue diseñada por Watson, Clark y Tellegen en 1988, y consta de dos subescalas de diez reactivos cada una que evalúan el grado y presencia de los rasgos de personalidad "Afectividad Negativa" y "Afectividad Positiva". Una de las escalas evalúa la presencia de los rasgos "en las últimas semanas" (afectividad como estado), y la otra "generalmente" (afectividad como rasgo). Los reactivos están formados por palabras que describen diferentes emociones y sentimientos y se contestan en una escala del 1 al 5, en donde 1 significa "muy poco o nada", y 5 "extremadamente". Este instrumento ha demostrado validez factorial y confiabilidad que apoyan su uso en población clínica y normal. El PANNAS se caracteriza por una alta consistencia interna, con alphas de .86 a .90 para la afectividad positiva, y de .84 a .87 a la afectividad negativa. Además, la correlación entre los dos rasgos de personalidad es invariablemente baja, en rangos de -.12 a .23. Los coeficientes de estabilidad de las puntuaciones generales de las escalas son lo suficientemente altos como para sugerir que pueden ser utilizados para evaluar a la afectividad como un rasgo de personalidad estable en el tiempo (Watson, Clark y Tellegen, 1988). Los datos psicométricos de la versión en español que se utiliza en el presente estudio son francamente similares a los reportados en los estudios de la versión original, y lo respaldan como una herramienta válida y confiable para evaluar la personalidad en población mexicana (Robles y Páez, 2000).

El **Cuestionario de personalidad de Eynseck (CPE)** consta de 80 reactivos integrados por preguntas a las que se contesta "sí" o "no". El CPE evalúa tres dimensiones de personalidad: 1)Extroversión, 2)Neuroticismo y 3)Psicotisismo. Los estudios psicométricos, tanto de la versión original como de la traducida al español que se utiliza en el presente estudio, han concluido que el instrumento goza de adecuada confiabilidad y validez en población clínica y normal (Eynseck y Eynseck, 1975).

El **Inventario de Temperamento y Carácter (ITC)** de Cloninger (1993) es un instrumento de autoaplicación integrado por afirmaciones a las que se responde cierto o falso. La versión más extensa del ITC (con 226 reactivos) evalúa siete dimensiones de la personalidad, incluyendo las tres escalas de temperamento del Cuestionario Tripartita de la Personalidad: 1) Búsqueda de la novedad, 2)Evitación del daño, 3) Dependencia de la Recompensa; una cuarta dimensión de temperamento, 4) Peristencia; y tres dimensiones de carácter: 5) Aautodirección, 6)Cooperatividad, y 7) Autotrascendencia.

Los estudios dirigidos a determinar las características psicométricas del ITC han mostrado datos de suficiente validez y confiabilidad para su uso en población general y clínica. La versión al español que se utiliza en el presente estudio se comporta, desde el punto de vista psicométrico, en forma similar a la versión original (Sánchez de Carmona, Páez, López y Nicolini, 1996), y evalúa las cinco dimensiones de personalidad que se juzgaron pertinentes en este trabajo: Búsqueda de la novedad, Evitación del daño, Dependencia de la recompensa, Persistencia y Autodirección.

NOTA IMPORTANTE: Todos los instrumentos de evaluación se encuentran anexados al presente trabajo a fin de facilitar su consulta.

Procedimiento

La muestra de pacientes con alguno de los trastornos mentales sujetos a estudio en el presente trabajo (léase Depresión Mayor, Trastornos de ansiedad, Trastorno mixto de Ansiedad y Depresión, y formas comórbidas de ansiedad y depresión) se obtuvo mediante la referencia de los servicios de consulta externa u hospitalario del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, de la Ciudad de México. Se incluyeron en el estudio solo a aquellos sujetos cuyo diagnóstico fue corroborado con base en la Entrevista Clínica Estructurada para Diagnósticos del Eje I: SCID y que no presenten otro trastorno mental. Esta entrevista fue aplicada por alguno de los cuatro residentes de tercer año de la especialidad en psiquiatría que participaron en el proyecto.

Por su parte, la muestra de sujetos sanos se conformó de personas que se encontraban en dicha institución (sea que fuesen visitantes o personal), o en escuelas y centros comerciales y públicos aledaños a la misma.

Se informó el objetivo del trabajo a cada uno de los sujetos, y solo ante la aceptación voluntaria para participar en el mismo, se les solicitó completar la ficha de identificación *ad hoc* y el paquete de instrumentos de evaluación (VER ANEXO: Instrumentos).

Para finalizar se llevó a cabo la calificación de los instrumentos de evaluación y la captura de información en el programa DBASE III plus, para proceder entonces con su análisis estadístico por medio del paquete SPSS para Windows versión 8.0, PC.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Escenario Estadístico

En primer lugar se realizó una descripción general de las características sociodemográficas de la muestra mediante medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar) para las variables continuas, y polígonos de frecuencia para las categóricas. Los contrastes entre el grupo de sujetos con algún diagnóstico psiquiátrico y el grupo de sujetos sanos se realizaron con base en la prueba t-student para variables continuas y con Chi cuadrada (con corrección de Yates en caso necesario) para las categóricas.

Posteriormente se determinó la frecuencia de cada categoría diagnóstica para el grupo de pacientes con alguno de los trastornos mentales sujetos a estudio.

La prueba de hipótesis se llevó a cabo mediante la prueba de t-Student para el contraste de las puntuaciones medias de cada escala entre el grupo de pacientes y el grupo de sujetos sanos, y con un análisis factorial de varianza general lineal para comparaciones múltiples entre las medias de los distintos grupos diagnósticos entre sí y del grupo de sujetos sanos.

Para determinar las relaciones entre las variables continuas (léase severidad de sintomatología depresiva y ansiosa y rasgos de la personalidad) se realizaron correlaciones bivariadas de Pearson y análisis de regresión múltiple.

El nivel alfa fijado fue de 0.05.

RESULTADOS

DESCRIPCION DE LA MUESTRA.

a) Descripción general de la muestra y comparación de características sociodemográficas entre casos y controles.

La muestra total del estudio estuvo conformada por 424 sujetos, de los cuales 265 fueron mujeres (62.5%) y 159 hombres (37.5%), con una media de edad de 32.71 ± 10.61 años, y una escolaridad promedio de 12.50 ± 4.8 años. Aproximadamente la mitad de la muestra reportó tener pareja ($n=239$, 56.4%), y solo un pequeño porcentaje de la misma se encuentra sin empleo ($n=59$, 11.8).

El grupo de voluntarios sanos (controles) estuvo integrado por 132 sujetos, y los 292 restantes padecían alguno de los trastornos mentales sujetos a estudio (casos). Ambos presentaron una distribución similar de la variable edad y no presentaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la ocupación se refiere. Empero, los grupos difirieron en escolaridad, género y estado civil. Los sujetos control resultaron de mayor escolaridad (cuatro años aproximadamente), y el grupo de casos presentó un mayor porcentaje de mujeres y de personas con pareja.

En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de la muestra y el contraste de las mismas entre ambos grupos (casos y controles).

TABLA 1. DESCRIPCION DE LA MUESTRA: Características sociodemográficas de la muestra y contrastes entre casos y controles.						
Variable		Total n=424	Descriptivo		Prueba de Contraste	p
			Controles n=132	Casos n=292		
Género	Masculino	n=159, 37.5%	n=65, 49.2%	n=94, 32.2%	X ² =11.2, gl=1	.001
	Femenino	n=265, 62.5%	n=67, 50.8%	n=198, 67.8%		
Edad (años)		32.71 ± 10.61	31.40 ± 12.15	33.31 ± 9.80	t=1.7, gl=422	.002
Escolaridad (años)		12.50 ± 4.84	15.50 ± 3.51	11.42 ± 4.80	t=7.8, gl=385	.000
Estado Civil	Con pareja	n=185, 43.6%	n=46, 34.8%	n=139, 47.6%	X ² =6.0, gl=1	.01
	Sin pareja	n=239, 56.4%	n=86, 65.2%	n=153, 52.4%		
Ocupación					X ² = 1.3, gl=1	.24
	Con ocupación	n=376, 88.3%	n=120, 90.9%	n=254, 87%		
	Sin ocupación	n=50, 11.7%	n=12, 9.1%	n=38, 13%		

b) Distribución de diagnósticos psiquiátricos

El grupo de casos (n=292) se conformó de pacientes que presentaron alguno de los siguientes trastornos mentales: depresión mayor con y sin síntomas psicóticos, distimia, trastorno de pánico con y sin agorafobia, agorafobia sin pánico, fobia simple, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastorno por ansiedad generalizada (TAG), trastorno mixto de ansiedad y depresión, y alguna forma comórbida de ansiedad y depresión (ansiedad y depresión, depresión mayor actual y ansiedad a lo largo de la vida, y trastorno de ansiedad actual y depresión a lo largo de la vida).

En la Tabla 2 se muestra la distribución de diagnósticos psiquiátricos de la muestra, tanto actuales como a lo largo de la vida. Como puede observarse, el 63.36% (n=185) de los casos cubrió los criterios diagnósticos de un trastorno del ánimo actual, el 12.67% padecía de un trastorno de ansiedad en el momento de la entrevista, el 16.10% (n=47) un Trastorno mixto de Ansiedad y Depresión, y el 7.88% (n=23) alguna forma comórbida de depresión y ansiedad actual. En la tabla se encuentran además, la frecuencia y porcentaje de casos para cada una de las categorías diagnósticas de los grupos de trastornos mentales sujetos a estudio. El trastorno del estado de ánimo más frecuente fue el de Depresión mayor actual y a lo largo de la vida (n=167, 57.2%), y en particular el de Depresión grave (n=80, 27.8%). El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) resultó el trastorno de ansiedad actual y/o a lo largo de la vida de mayor prevalencia (n=40, 13.7%), y la presencia de síntomas concurrentes de ansiedad y depresión fue la forma comórbida más frecuente de la muestra (n=22, 5.2%).

TABLA 2. Distribución de diagnósticos psiquiátricos actuales y a lo largo de la vida

Diagnóstico	Frecuencia y porcentaje de diagnóstico actual	Categoría Diagnóstica	Frecuencia y Porcentaje	
	n=292		Por categoría diagnóstica a lo largo de la vida	
			n=292	
Trastorno del estado de ánimo	n=185, 63.36%	Depresión Leve	n=27,	9.2%
		Moderada	n=60,	20.5%
		Grave	n=80,	27.8%
		Distimia	n=65,	22.3%
		TOTAL	n=232,	79.45%
Trastornos de ansiedad	n=37, 12.67%	Trastorno de Pánico		
		Sin Agorafobia	n=13,	4.5%
		Con Agorafobia	n=3,	1.0%
		Agorafobia (s/pánico)	n=1,	0.3%
		Fobia Simple	n=1,	0.3%
		TOC*	n=3,	1.0%
		TAG**	n=40,	13.7%
TOTAL	n=61,	20.89%		
Trastorno Mixto de Ansiedad y depresión	n=47, 16.10%		n=46,	10.8%
Formas Comórbidas	n=23, 7.88%	Ansiedad y Depresión	n=22,	5.2%
		Depresión Actual y Ansiedad a lo largo de la vida.	n=14,	3.3%
		Trastorno de ansiedad actual y depresión a lo largo de la vida.	n=15,	3.5%
		TOTAL	n=51,	17.46%

* TOC= Trastorno Obsesivo Compulsivo

** TAG= Trastorno de Ansiedad Generalizada

c) Rasgos de personalidad y sintomatología depresiva y de ansiedad:

Puntuación en las escalas y comparación entre casos y controles.

En este apartado se presentan las puntuaciones totales en las escalas de ansiedad y depresión de Beck, así como en cada una de las subescalas de los inventarios de personalidad aplicados al total de la muestra.

En la Tabla 3 se presentan las puntuaciones medias y desviaciones estándar en las diferentes escalas de casos y controles, así como los valores resultantes de la comparación de las mismas entre ambos grupos.

TABLA 3. Descripción y comparación de puntuaciones en las escalas de sintomatología depresiva y de ansiedad y de personalidad entre casos y controles.

Escala	Casos	Controles	Valor F y sig.		Valor t y sig.	
	(media y de) n=292	(media y de) n=132	(p)	(p)	(p)	(p)
Inventario Ansiedad Beck	21.16 ± 13.93	9.70 ± 7.06	67.49	.000	-8.93	.000
Inventario Depresión Beck	27.18 ± 12.92	7.90 ± 6.98	77.03	.000	-16.1	.000
Afectividad positiva us.*	20.50 ± 7.47	32.43 ± 7.96	.31	.576	14.56	.000
Afectividad Negativa us.*	28.72 ± 7.95	20.24 ± 7.51	.80	.371	-10.57	.000
Afectividad Positiva gen.*	25.85 ± 8.55	31.99 ± 10.41	.023	.878	6.37	.000
Afectividad Negativa gen.*	24.52 ± 8.79	18.12 ± 7.08	19.31	.000	-7.35	.000
Psicosisismo	5.27 ± 3.76	6.49 ± 2.21	10.16	.002	3.44	.001
Extroversión	8.10 ± 4.7	9.77 ± 3.63	16.43	.000	3.59	.000
Neuroticismo	16.03 ± 4.48	8.50 ± 4.76	4.17	.042	-15.6	.000
Deseabilidad social	10.08 ± 3.39	10.55 ± 2.71	10	.002	1.4	.162
Búsqueda de la novedad	18.56 ± 6.31	18.72 ± 5.45	3.13	.077	.264	.792
Dependencia de la recompensa	14.44 ± 3.75	14.94 ± 4.26	4.16	.042	1.22	.220
Evitación del daño	22.07 ± 7.27	12.05 ± 6.12	4.41	.036	-13.78	.000
Autodirección	23.94 ± 7.42	30.50 ± 7.38	.843	.359	8.44	.000

* us = en las últimas semanas, gen = generalmente.

Como puede observarse, existen diferencias estadísticamente significativas entre casos y controles en las puntuaciones medias de sintomatología de ansiedad y depresión, así como en la mayoría de las subescalas de los inventarios de personalidad, a excepción de las siguientes: deseabilidad social, búsqueda de la novedad y dependencia de la recompensa.

La severidad de la sintomatología depresiva y ansiosa fue evidente y obviamente mayor en el grupo de casos que en el de controles ($p=.000$). La puntuación media de "afectividad positiva" fue en definitiva mayor en el grupo control que en el de casos, tanto en la última semana (x casos: 20.50, x controles: 32.43; $t=14.56$, $p=.000$), como generalmente (x casos: 25.85, x controles: 31.99; $t= 6.37$, $p=.000$). De manera inversa, la puntuación media de "afectividad negativa" resultó, por mucho, mayor en el grupo de casos en comparación con los controles, tanto en la última semana (x casos: 28.72, x controles: 20.24; $t = -10.57$, $p=.000$), como generalmente (x casos: 24.52, x controles: 18.12; $t= -7.35$, $p=.000$).

Los rasgos de personalidad de neuroticismo y evitación del daño fueron clínica y estadísticamente más altos en el grupo de casos que en el de controles. La puntuación media de neuroticismo del grupo de casos fue de 16.03 ± 4.48 contra 8.50 ± 4.76 del grupo de sujetos sanos ($t= -15.6$, $p=.000$), y la puntuación media de evitación del daño fue de 22.07 ± 7.27 para el grupo de casos contra 12.05 ± 6.12 de los controles ($t= -13.78$, $p=.000$). Así, el grupo de casos obtuvo prácticamente el doble de puntuación en estos dos rasgos de personalidad en comparación con los sujetos normales.

Además, el grupo de sujetos control mostró una elevación estadísticamente significativa en la puntuación media de la escala de autodirección en contraste con el grupo de pacientes psiquiátricos (x casos: 23.94 ± 7.42 , x controles: 30.50 ± 7.38 ; $t = 8.44$, $p=.000$).

Por su parte, aunque la diferencia de las puntuaciones medias de "psicotisismo" y "extroversión" entre ambos grupos resultó estadísticamente significativa, fue menor a tan solo un punto, - correspondiéndole al grupo de controles una media mayor que al de casos -.

<p style="text-align: center;">MODELO DE PERSONALIDAD DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO Y DE ANSIEDAD</p>
--

En este apartado se muestran los resultados obtenidos de los contrastes múltiples de las puntuaciones medias en las diferentes escalas de personalidad entre los diferentes grupos diagnósticos entre sí y con el grupo de sujetos sanos (controles). En términos generales, los grupos sujetos a estudio difirieron significativamente en la mayoría de los rasgos de personalidad evaluados: afectividad positiva y negativa, psicotisismo, extroversión, neuroticismo, búsqueda de la novedad, evitación del daño y autodirección. Los rasgos de personalidad en los que no hubo diferencia significativa entre grupos fueron: deseabilidad social, dependencia de la recompensa y persistencia.

En la Tabla 4 se presentan los resultados de la comparación de los rasgos de afectividad positiva y negativa entre los grupos diagnósticos y los controles. Como puede observarse, la puntuación media de afectividad positiva, tanto de la última semana como generalmente, fue mayor en el grupo de controles que en todos los grupos diagnósticos, y de entre los grupos diagnósticos resultó menor en los pacientes deprimidos que en los que ansiosos. Por su parte, la afectividad negativa fue mayor en todos los grupos diagnósticos que en los controles ($F = 62.5$, $gl = 4,419$, $p < .001$).

**TABLA 4. COMPARACIÓN DEL AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO
ENTRE LOS DIAGNÓSTICOS Y CONTROLES.**

ESCALA	Control N=132 G1	TMAD N=47 G2	Depresión N=185 G3	Ansiedad N=37 G4	Comórbido N=23 G5	Contrastes Múltiples*
Afecto Positivo US	32.4±7.9	22.5±8.4	19.3±6.8	24.4±7.7	19.0±6.8	G1 > G2 - G5 G3 < G4
Afecto Negativo US	20.2±7.5	26.7±7.6	28.7±8.0	30.0±7.8	30.4±7.9	G1 < G2 - G5
Afecto Positivo GE	31.9±10.4	28.2±9.7	24.8±8.2	27.3±8.5	26.4±7.2	G1 > G3, G4
Afecto Negativo GE	18.1±7.0	21.9±8.4	24.8±8.7	26.0±8.5	24.7±9.7	G1 < G3, G4

US = en las últimas semanas; GE = Generalmente.
G1-G5 = Grupo 1 a Grupo 5.

F = 62.5, gl = 4,419, p < .001
*** Corrección de Bonferroni**

En la tabla 5 se presentan los resultados de los contrastes múltiples de las puntuaciones medias en las escalas del Cuestionario de personalidad de Eynseck entre los diferentes grupos diagnósticos y los controles. La puntuación media de la escala de psicotismo fue mayor en el grupo control que en el grupo de pacientes con Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión (TMAD). Por su parte, el rasgo de extroversión fue mayor en el grupo control que en el de pacientes deprimidos, y el rasgo neuroticismo fue menor en el grupo control que en el total de los grupos diagnósticos ($F = 11.96$, $gl = 4,419$, $p < .001$).

TABLA 5. COMPARACIÓN DEL PERFIL DE PERSONALIDAD DE EYNSECK ENTRE LOS DIAGNÓSTICOS Y CONTROLES.

ESCALA	Control N=132 G1	TMAD N=47 G2	Depresión N=185 G3	Ansiedad N=37 G4	Comórbido N=23 G5	Contrastes Múltiples*
PSICOTICISMO	6.4±2.2	4.7±2.8	5.4±4.2	4.8±2.6	5.7±2.4	G1 > G2
EXTRAVERSIÓN	9.7±3.6	8.5±4.4	7.7±4.7	9.9±4.6	7.3±4.8	G1 > G3
NEUROTICISMO	8.5±4.7	14.6±4.8	16.3±4.2	15.5±5.1	17.5±3.9	G1 < G2 - G5
DESEABILIDAD SOCIAL	10.5±2.7	9.8±3.4	10.1±3.3	10.9±3.3	9.9±3.5	NS

G1-G5 = Grupo 1 a Grupo 5.

NS = No hubo diferencias significativas

F= 11.96, gl= 4,419, p< .001

* Corrección de Bonferroni

En la Tabla 6 se presentan los resultados de la comparación de puntuaciones medias de los rasgos de personalidad evaluados con el Inventario de Cloninger entre los grupos diagnósticos y controles. La puntuación media en la escala de búsqueda de la novedad fue mayor el grupo de pacientes con TMAD que en los sujetos con formas comórbidas de depresión y ansiedad. El rasgo evitación del daño fue mayor en todos los grupos diagnósticos en comparación con el grupo control. Además, los sujetos con formas comórbidas de ansiedad y depresión obtuvieron una media significativamente superior en este rasgo que los pacientes con Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión (TMAD) y con trastornos de ansiedad. Finalmente, el rasgo de autodirección resultó estadísticamente mas alto en los controles que en el resto de los grupos diagnósticos (F= 24.1, gl= 4,419, p< .001).

TABLA 6. COMPARACIÓN DEL PERFIL DE PERSONALIDAD DE CLONINGER ENTRE LOS DIAGNÓSTICOS Y CONTROLES.

ESCALA	Control N=132 G1	TMAD N=47 G2	Depresión N=185 G3	Ansiedad N=37 G4	Comórbido N=23 G5	Contrastes Múltiples*
Búsqueda de la novedad	18.7±5.4	19.7±5.3	18.7±6.7	18.1±5.5	15.3±4.5	G2 > G5
Evitación del daño	12.0±6.1	20.3±7.1	22.4±7.1	20.2±7.2	25.5±7.5	G1 < G2 - G5 G2 < G5 G4 < G5
Dependencia de la recompensa	14.9±4.2	14.0±3.6	14.5±3.9	15.0±2.8	13.6±3.5	NS
Autodirección	30.5±7.3	24.2±7.5	23.7±7.4	26.0±6.7	21.1±7.8	G1 > G2 - G5
Persistencia	4.7±1.8	4.0±1.9	4.2±1.7	4.3±1.4	4.3±1.6	NS
G1- G5 = Grupo 1 a Grupo 5.					F= 24.1, gl= 4,419, p< .001	
NS= No hubo diferencias significativas					* Corrección de Bonferroni	

**RELACION ENTRE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA Y DE
ANSIEDAD Y RASGOS DE PERSONALIDAD**

a) Rasgos de personalidad y sintomatología depresiva

En el análisis de regresión múltiple, en donde la variable dependiente fue la sintomatología depresiva (puntuación total del Inventario de Depresión de Beck) del total de la muestra (n=424), las variables que se introdujeron al modelo como posibles predictores fueron el total de rasgos de personalidad evaluados en el presente estudio (puntuación total de las subescalas de las diferentes medidas de personalidad): Afectividad Positiva de la última semana y generalmente, Afectividad Negativa en la última semana y generalmente, Psicotisismo, Extroversión, Neuroticismo, Deseabilidad social, Búsqueda de la novedad, Evitación del daño, Dependencia de la recompensa, Persistencia, y Autodirección.

En el modelo final se incluyeron: la Afectividad Negativa de la última semana, la Afectividad Positiva de la última semana, el Neuroticismo, y la Evitación del daño. Con estas variables se explicó el 60% de la varianza de sintomatología depresiva del total de la muestra ($R = .782$, $R^2 = .608$).

En la Tabla que se muestra a continuación se ilustran las correlaciones y varianzas explicadas para cada una de las variables que se incluyeron en el modelo final de este análisis de regresión.

TABLA 7.1: RASGOS DE PERSONALIDAD Y SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA:

Correlaciones y varianzas explicadas de las variables que se introdujeron al modelo de regresión.

	Variable	r	R ²
SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA (n=424)	Afectividad Negativa en la última semana.	0.63*	0.402
	Afectividad Positiva en la última semana.	-0.61*	0.171
	Neuroticismo	0.62*	0.003
	Evitación del daño	0.57*	0.006
	Total:		0.608

* $p = .000$

r = Correlación de Pearson; R² = Varianza explicada

Como puede observarse, las correlaciones con la sintomatología depresiva y las varianzas explicadas para cada variable son: Afectividad Negativa de la última semana: $r=0.63$, $p = .000$ y $R2 = 0.402$; Afectividad Positiva de la última semana: $r = -0.61$, $p=.000$ y $R2 = 0.171$; Neuroticismo: $r = 0.62$, $p = .000$ y $R2 = 0.003$; y Evitación del daño: $r= 0.57$, $p = .000$ y $R2 = 0 .006$.

A continuación se presentan los coeficientes B y Beta, así como el valor t y la significancia estadística correspondiente de cada una de las variables del modelo final del éste análisis de regresión.

TABLA 7.2. RASGOS DE PERSONALIDAD Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA:

Coeficientes B y Beta, valor t y significancia de las variables del modelo final de regresión.

Variable	B	Beta	Valor t	Significancia
Constante	7.56		2.86	.004
Afectividad Negativa	.62	.37	10.39	.000
Afectividad Positiva	-.50	-.33	-8.99	.000
Neuroticismo	.42	.16	3.56	.000
Evitación del daño	.19	.11	2.54	.011

b) Rasgos de personalidad y sintomatología ansiosa

En el análisis de regresión cuya variable dependiente fue la sintomatología de ansiedad (puntuación total en el Inventario de Ansiedad de Beck) del total de la muestra, se introdujeron al modelo, como posibles predictores, a todos los rasgos de personalidad evaluados en el estudio (puntuación total de las subescalas de las diferentes medidas de personalidad): Afectividad Positiva de la última semana y generalmente, Afectividad Negativa en la última semana y generalmente, Psicotisismo, Extroversión, Neuroticismo, Deseabilidad social, Búsqueda de la novedad, Evitación del daño, Dependencia de la recompensa, Persistencia, y Autodirección.

A continuación se presentan los coeficientes B y Beta, así como el valor t y la significancia estadística correspondiente de cada una de las variables del modelo final del éste análisis de regresión.

TABLA 8.1. RASGOS DE PERSONALIDAD Y SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA:

Coeficientes B y Beta, valor t y significancia de las variables del modelo final de regresión.

Variable	B	Beta	Valor t	Significancia
Constante	-12.75		-4.95	.000
Afectividad Negativa	.63	.41	9.56	.000
Evitación del daño	.54	.34	6.82	.000
Extroversión	.41	.13	3.02	.003

Como puede observarse, el modelo final estuvo integrado por: la Afectividad Negativa de la última semana, la Evitación del daño, y la Extroversión. Con estas variables se encontró una R de 0.595 que corresponde a una varianza explicada (o R cuadrada) de 0.349.

TABLA 8.2. RASGOS DE PERSONALIDAD Y SINTOMATOLOGIA ANSIOSA:
Correlaciones y varianzas explicadas de las variables que se introdujeron al modelo de regresión.

		Variable	r	R2
SINTOMATOLOGIA ANSIOSA (n=424)	[Afectividad Negativa en la última semana.	0.53*	0.282
		Evitación del daño	0.44*	0.058
		Extroversión	0.13*	0.014
		Total:		<u>0.349</u>

* p= .000

r= Correlación de pearson; R2= Varianza explicada

La correlación de cada una de estas variables con la sintomatología ansiosa fue Afectividad negativa de la última semana $r= 0.53$, $p=.000$; Evitación del daño: 0.44 , $p=.000$, y Extroversión: $r= 0.13$, $p=.000$. Las varianzas explicadas para cada variable son Afectividad negativa de la última semana $R2= 0.282$; Evitación del daño. $R2= 0.058$; y Extroversión: $R2= 0.014$

CONCLUSIONES

Esta sección del texto se encuentra dividida en cuatro apartados. En el primero de ellos se presenta y discute el modelo de personalidad de factores generales relacionados con la sintomatología depresiva y de ansiedad. Posteriormente se analizan las convergencias y divergencias entre los perfiles de personalidad que mostraron los distintos grupos diagnósticos sujetos a estudio. El tercer apartado se dedica a plantear las limitaciones del trabajo, así como las recomendaciones para investigaciones futuras. Y finalmente, en el cuarto apartado se consideran los lineamientos éticos del presente estudio.

Modelo de personalidad para la depresión y la ansiedad: Descripción con base en una evaluación de factores generales.

Los datos generados en el presente estudio permiten sugerir que existe una estructura de personalidad específica para la sintomatología depresiva y ansiosa. Los análisis de regresión múltiple, en donde las variables dependientes fueron la sintomatología depresiva y la ansiedad, nos muestran que los síntomas de depresión - a diferencia de los de ansiedad - se asocian con la presencia una menor afectividad positiva. Y, por su parte, la sintomatología de ansiedad se asocia - a diferencia de la depresiva - con la presencia del rasgo de personalidad conocido como "extroversión".

Claro está también, que existen rasgos de personalidad comunes para la ansiedad y la depresión. Estos rasgos de personalidad son la afectividad negativa y la evitación del daño. En esta dirección, el presente trabajo aporta datos congruentes con una visión mas bien dimensional de la relación entre la ansiedad y la depresión. Los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo pueden entenderse pues, como diferentes puntos de un mismo continuo o como manifestaciones alternas de una diátesis común (Clark, 1989). Diversos investigadores han presentado datos que favorecen esta propuesta, unos en lo concerniente a la presencia de niveles medios de sintomatología mixta de ansiedad y depresión (Katon, 1989; Klerman, 1989), y otros mas bien en lo referente a la superposición en niveles severos de psicopatología (Akiskal, 1990; Blazer, 1988).

Así, *el modelo de personalidad para la sintomatología depresiva es: 1) alta afectividad negativa, 2) baja afectividad positiva, y 3) alta evitación al daño, y para la sintomatología de ansiedad: 1) alta afectividad negativa, 2) alta evitación del daño, y 3) alta extroversión.*

Convergencias y divergencias entre rasgos de personalidad de los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y condiciones mixtas: Implicaciones.

El grupo de pacientes con alguno de los diagnósticos sujetos a estudio obtuvo puntuaciones clínica y estadísticamente diferentes a los sujetos controles en todas y cada una de las escalas de personalidad que se hipotetizaron relacionadas con la ansiedad y la depresión, léase afectividad positiva y negativa, neurotismo, extroversión y evitación del daño.

Los sujetos con trastornos del estado de ánimo y/o de ansiedad presentaron una elevada *afectividad negativa* y baja *afectividad positiva*, tanto generalmente como en la última semana, en contraste con los voluntarios sanos. Además, de entre el grupo de diagnósticos, los pacientes con trastornos de ansiedad puros mostraron una elevación significativa de afectividad positiva en contraste con los sujetos con depresión mayor. Así, es posible concluir que, tal y como sugirieron Watson y Clark (1993), tanto la ansiedad como la depresión se relacionan con un factor general de perturbación conocido como afectividad negativa, y la depresión se caracteriza, a diferencia de la ansiedad, por la presencia una menor afectividad positiva.

Estos dos rasgos de la personalidad, afectividad positiva y negativa, bien podrían entenderse como factores generales similares a los descritos por Eynseck (1975) bajo los términos de extroversión y neurotismo respectivamente. Estos últimos mostraron la misma tendencia general en la muestra estudiada que la afectividad positiva y negativa. Los sujetos con diagnósticos psiquiátricos mostraron una elevación clínica y estadísticamente significativa en la puntuación de *neurotismo* en contraste con los voluntarios sanos. Y, los pacientes con depresión mayor presentaron altos índices de *extroversión* en contraste con los sujetos con trastornos de ansiedad.

Por su parte, el rasgo de personalidad *evitación de daño* se presentó de diferentes maneras entre los distintos grupos de estudio. Los sujetos controles mostraron una puntuación menor del mismo es contraste con los grupos diagnósticos. Además, los pacientes con trastorno mixto de ansiedad y depresión, y con trastornos de ansiedad puros presentaron menor evitación del daño que aquellos con formas comórbidas. Así, la evitación del daño podrían entenderse como un factor de perturbación general, similar al menos a la afectividad negativa y al neurotismo, y como un rasgo de personalidad que diferencia al trastorno mixto del resto de formas comórbidas de ansiedad y depresión.

Lo anterior, aunado al hecho de que los pacientes con trastorno mixto obtuvieron mayor puntuación en *búsqueda de la novedad* en comparación con los sujetos con formas comórbidas, permite concluir que existen diferencias significativas entre el perfil de personalidad de los sujetos con trastorno mixto y aquellos con otras formas comórbidas de ansiedad y depresión.

Son pocos los estudios anteriores que han tratado de determinar como y en que medida se diferencian el grupo de pacientes con formas mixtas de ansiedad y depresión del resto de grupos psicopatológicos, y menos aún los que lo han hecho comparando a un grupo de pacientes con trastorno mixto de ansiedad y depresión con base en los criterios diagnósticos propuestos a la Asociación Psiquiátrica Americana (APA).

En términos generales estos estudios se han dirigido a demostrar que los casos mixtos de ansiedad y depresión son más severos que las formas puras de ansiedad y depresión. Así por ejemplo, Prusoff y Paykel (1977) reportaron que los pacientes con formas mixtas de ansiedad y depresión presentan un curso mayormente crónico y son más resistentes al tratamiento. Por su parte, Davidson (1980) encontró que los pacientes con trastorno de pánico y depresión secundaria desarrollan mas sentimientos crónicos de tristeza en comparación con pacientes con depresión unipolar. Y Van Valkenburg (1984) reportó datos similares. Los pacientes con depresión y ataques de pánico presentan mayor depresión crónica y peor respuesta al tratamiento. Finalmente, Torgersen (1988) observó que los gemelos con depresión mayor y trastornos de ansiedad presentan mayor depresión que los gemelos con formas puras de depresión o de ansiedad.

El estudio pionero en determinar si existen diferencias de personalidad entre formas mixtas de ansiedad y depresión y otros grupos diagnósticos es el de Paykel (1972), quien reportó que estos pacientes presentan altos índices de “neurotismo” en comparación con otros cuatro grupos diagnósticos. Estos datos son por lo menos congruentes con los hallazgos del presente estudio.

Empero, cabe señalar que el presente estudio es el primero en demostrar que existen diferencias específicas en el perfil de personalidad de los pacientes con trastorno mixto de ansiedad y depresión (de acuerdo a los criterios propuestos a la APA) del resto de formas comórbidas de ansiedad y depresión, así como de las formas puras de depresión y ansiedad. Así, sumándose a los hallazgos anteriores de síntomas, signos clínicos, respuesta al tratamiento, curso, historia familiar y genética de las formas mixtas de ansiedad y depresión, los datos del presente estudio aportan evidencia a favor de la ya popular propuesta de incluir al trastorno mixto de ansiedad y depresión como una entidad diagnóstica en las clasificaciones de trastornos mentales vigentes en la actualidad (Downing y Richels, 1974; Clayton, 1990)

Limitaciones y Sugerencias

En tanto que el presente trabajo fue realizado en un hospital de tercer nivel, la representatividad de la muestra de sujetos puede ser cuestionada, pues no proviene aleatoriamente de la población general. Empero, dado que se realizaron asociaciones y comparaciones intergrupales, ésta limitación es sólo parcialmente problemática.

Cabe señalar que el presente trabajo es, con suerte, de alguna utilidad heurística para explicar la relación entre la ansiedad y la depresión. Para ello será necesario al menos, que en un futuro se investiguen las diferencias en términos de historia de desarrollo y eventos precipitantes entre grupos con trastornos afectivos y de ansiedad "puros", así como con formas mixtas de ansiedad y depresión.

Finalmente, es posible recomendar el uso de modelos de factores generales para la evaluación de la personalidad, así como dirigir estudios de rasgos de personalidad relacionados con otros síntomas y/o trastornos mentales

Consideraciones éticas

El presente trabajo no contraviene ninguno de los estatutos internacionales para la investigación con humanos. Ello en tanto que, al no implicar ningún tipo de intervención, es suficiente la sola solicitud del consentimiento informado por escrito para la participación de los sujetos, que por supuesto se garantiza haber realizado

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. y Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology, 87, 49-74.

Akiskal, H.S. (1990). Toward a clinical understanding of the relationship of anxiety and depressive disorders. En J. Maser y R. Cloninger (Eds), Comorbidity in anxiety and mood disorders. Washignton, DC: American Psychiatric Press.

Akiskal, H.S. (1985). Definition, relationship to depression and proposal for an integrative model. En: Tuma AH y Maser JD. Anxiety and the anxiety disorders. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Akiskal, H.S., Hirschfeld, R.M. y Yerenanian, B.I. (1983). The relationship personality to affective disorders. Archives of General Psychiatry, 40, 801-810.

Allport, G.W. (1937). Personality: A psychological interpretation. New York: Holt.

American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III-ed. American Psychiatric Association. Washington, DC.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-ed. American Psychiatric Association. Washington, DC.

Beck, A.T. (1961). Inventario de Depresión de Beck. Archivos Generales de Psiquiatría, 4, 561-571.

Beck, A.T. (1967). Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Harper y Row.

Beck, A.T. (1970) The core problem in depression: The cognitive triad. En: Masserman (Ed), Depression: Theories and therapies. New York: Grune y Stratton.

Beck, A.T. (1972). The phenomena of depression: a synthesis. En: Offer, D. y Freedman, D.X. Modern Psychiatry and clinical research. New York: Basic Books.

Beck, A.T. (1974). The development of depression: A cognitive model. En: R.J. Friedman y M.M. Katz (Eds). The psychology of depression. New York: Wiley.

Beck, A., Epstein, N., Brown, G., Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 893-897.

Beck, A., Steer, R. (1991). Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. Journal of Anxiety Disorders, 5, 213-223.

Biederman, J., Rosenbaum, J.F. y Hirshfeld, D.R. (1990). Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. Archives of General Psychiatry, 47, 21-26.

Blazer, D.G., Hughes, D. y George, L.K. (1991) Generalized Anxiety Disorder. En Robins, L.N.: Psychiatric Disorders in America: The Epidemiological Catchment Area Study. New York, Free Press.

Blazer, D.G., Swartz, M., Woodbury, M., Manton, K.G., Hughes, D. y George, L.K. (1988). Depressive diagnoses in a community population. Archives of General Psychiatry, 45, 1078-1084.

Borden, J., Peterson, D., y Jackson, E. (1991) The Beck Anxiety Inventory in nonclinical samples: initial psychometric properties. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 13, 345-356.

Boulenger, J.P., Lavallée, Y.J. (1993) Mixed anxiety and depression: diagnostic issues. Journal of Clinical Psychiatry, 54 (1, suppl), 3-8.

Boyd, J.H., y Weissman, M.M. (1981). Epidemiological of affective Disorders. A reexamination and future directions. Archives of General Psychiatry, 38, 1039-1046.

Carroll, J., Yik, M., Russell, J., y Keldman, L. (1999) On the Psychometric Principles of Affect. Review of General Psychology, 3 (1), 14-22.

Charney, D.S., Woods, S.W. y Nagg, L.M. (1990). Noradrenergic function in panic disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 51 (supl 5), 5-11.

Clancy, J., Noyes, R., Hoenk, P.R., Slymen, D.J. (1979) Secondary depression in anxiety neurosis. Journal of Nervous and Mental Disease, 166, 846-850.

Clark, D.A., Beck, A.T., y Stewart, B. (1990). Cognitive specificity and positive-negative affectivity: Complementary or contradictory view on anxiety and depression? Journal of Abnormal Psychology, 99, 148-155.

Clark, L.A., Watson, D., y Mineka, S. (1994). Temperament, Personality, and the Mood and Anxiety Disorders. Journal of Abnormal Psychology, 103, 103-116.

Clark, L.A., Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. Journal of Abnormal Psychology, 100, 316-336.

Clayton, P.J. (1990). The comorbidity factor: establishing the primary diagnosis in patients with mixed symptoms of anxiety and depression. Journal of Clinical Psychiatry, 51, (supl, 11), 35-39.

Cloninger, C.R. (1987). A sistematic method for clinical description and clasification of personality variants. Archieves of General Psychiatry, 44, 573-588.

Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., y Pzybeck, T.R. (1993). A psychobiological model of temperament anda character. Archieves of General Psychiatry, 50, 975-990.

Comrey, A.L. (1970). Manual for the Conrey Personality Scales. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.

Crowe, R.R., Noyes, R., Pauls, D.L., Slymen, D.J. (1983). A family study of panic disorder. Archieves of General Psychiatry, 40, 1065-1069.

Costa, P.T., y McCrae, R.R (1992). Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Davidson, J., Turnbull, C.D. y Miller, R.D. (1980). A comparison of inpatients with primary unipolar depression and depression secondary to anxiety. Acta Psiquiatrica Scandinava, 61, 377-386.

Depue, R.A., y Monroe, S.M. (1986). Conceptualization and measurement of human disorder in life stress research: The problem of Chronic disturbance. Psychological Bulletin, 99, 36-51.

Digman, J.M. (1990). Personality structure: Emergence of five factor model. Annual Review of Psychology, 41, 417-440.

Digman, J.M., y Takemoto-Chock, N.K. (1981). Factors in the natural language of personality: Re-analysis and comparision of six major studies. Multivariate Behavioral Research, 16, 149-170.

Dobson, K.S. (1985) An analysis of anxiety and depression scales. Journal of Personality Assessment, 49, 522-527.

Downing, R.W. y Richels, K. (1974): Mixed anxiety-depression. Fact or myth?. Archives of General Psychiatry, 30, 312-317.

Eaton, W.W., Dryman, A. Y Weissman, M.M. (1991). Panic and Phobic. En Robins, L.M., Regier, D.A: Psychiatric Disorders in America: The Epidemiological Catchment Area Study. New York, Free Press.

Ellis, A. (1962). Reason and Emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stuart.

Eysenck, H. (1970). The structure of human personality. London:Methen.

Eysenck, H.J., y Eysenck, S.B. (1975). Manual of Eysenck Personality Questionnaire, San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.

First, M.B., Spitzer, R.L., Golbon, M. y Willans, J.B. (1997). Structured Clinical Interview for DSM IV axis I disorders. Asociación Psiquiátrica Americana. New York.

Flaherty, J.A., Gaviria, M.F., Black, E.M., Altman, E. y Mitchell, T. (1983). The role of social support in the functioning of patients with unipolar depression. American Journal of Psychiatry, 140, 473-496.

Gara, M.A., Woolfolk, R.L., Cohen, B.D., Golston, R.B., Allen, L.A., y Novalany, J. (1993). Perception of self and other in major depression. Journal of Abnormal Psychology, 102, 93-100.

Gersh, F.S., Fowles, D.C. (1979). Neurotic depression: the concept of anxious depression. En: Dupue RA. The psychobiology of depressive disorders: Implications for the effects of stress. New York. Academic Press.

Golberg, L.R. (1990). An alternative description of personality: The big five factor structure. Journal of Personality and Social Psychology, 59, 1216-1229.

Golberg, L.R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. American Psychology, 48, 26-34.

Goldman, H.H. (1987). Psiquiatría General. Manual Moderno. México.

Gorman, J.M., Fyer, M.R. y Goetz, R. (1988). Ventilation physiology of patients with panic disorder. Archives of General Psychiatry, 45, 31-39.

Gotlib, I.H. (1984). Depression and general psychopathology in university students Journal of Abnormal Psychology, 93, 19-30

Gough, H.G. (1987). California Psychological Inventory (Administrator's Guide). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Guidano, V.F. y Liotti, G. (1983). Cognitive processes and emotional disorders. Guilford Press

Guilford, J.P. (1975) Factors and factors of personality. Psychological Bulletin, 82, 802-814.

Hampson, S.E., John, O.P., y Golberg, L.R. (1986). Category breadth and hierarchical structure in personality. Studies of asymmetries in judgments of trait implications. Journal of Personality and Social Psychology, 51, 37-54

John, O.P. (1990). The Big Five factor taxonomy: Dimensions of personality in the natural language and in questionnaires. En: Pervin, L.A. Handbook of personality: Theory and research (pag. 66-100). New York: Guilford Press

Johnstone, E., Cunningham-Owens, D.G., Firth, C.D., McPherson, K., Dowie, C., Riley, G., Gold, A. (1980) Neurotic illness and its response to anxiolytic and antidepressant treatment. Psychological Medicine, 10, 321-328

Karno, M., Golding, J.M., Sorenson, S.B. y Burman, M.A. (1988) The epidemiology of obsessive compulsive disorder in five U.S. communities Archives of General Psychiatry, 45, 1984-1999.

Katon, W., y Roy-Byrne, P. (1989). Mixed anxiety and depression. Review paper for the DSM-IV Anxiety Disorders Workgroup, Subgroup on Generalized Anxiety Disorders and Mixed Anxiety Depression. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Klein, M.H., Wonderlich, S. y Shea, M.T. (1993) Models of relationships between personality and depression: Toward a framework for theory and research. En: Klein, M.H., Wonderlich, S. y Shea, M.T. Personality and Depression: A current view (pag. 1-54). New York: Guilford Press.

Klerman, G.L. (1989) Depressive Disorders: Further evidence for increased medical morbidity and impairment of social functioning, Archives of General Psychiatry, 46, 856-858.

Kumar, G., Steer, R., Beck, A. (1993) Factor structure of Beck Anxiety Inventory with adolescent psychiatric inpatients. Anxiety, Stress and Coping, 6, 125-131

Lesse, S. (1982). The relationship of anxiety to depression. American Journal of Psychotherapy, 36, 332-348

McCrae, R.R., y Costa, P.T. (1987). Validation of a five factor model of personality across instruments and observers. Journal of Personality and Social Psychology, 52, 81-90

Mendels, J., Weinstein, N. y Cochrane, C (1972). The relationship between depression and anxiety. Archives of General Psychiatry, 27, 649-653.

Myers, J.D., Weissman, M.M. y Tischler, G.L. (1984). Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities. Archives of General Psychiatry, 41, 959-967.

Organización Mundial de la Salud. (1993). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Clasificación Internacional de Enfermedades 10a edición. Meditor Madrid.

Osman, A., Barrios, F., Aukes, D., Osman, J, y Markway, K. (1993). The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties in a community population. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 15, 287-297

Osman, A., Beverly, A., Kopper, Barrios, F., Joylene, R., Wade, T. (1997). The Beck Anxiety Inventory. Reexamination of Factor Structure and Psychometric Properties Journal of Clinical Psychology, 53, 7-14.

Paykel, E.S. (1972). Correlates of a depressive typology. Archives of Genral Psychiatry, 27, 203-210

Peskorn, S.H., Fast, G.A. (1993). Beyond signs and symptoms: the case against a mixed anxiety and depression category. Journal of Clinical Psychiatry, 54 (1, suppl), 24-32.

Prusoff, B.A. y Paykel, E.S. (1977). Typological prediction of response to amitriptyline: A replication study International Pharmacopsychiatry, 12, 153-159.

Ramos, J.A. (1986). La validez predictiva del Inventario para la Depresión de Beck en castellano. Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatrica, 14, 47-50

Robles, R., Paéz, F. (1999a). Escala de afectividad positiva y negativa: propiedades psicométricas en población mexicana, Manuscrito presentado para su publicación.

Robles, R., Paéz, F., y López Munguía, F. (1999b). Relación entre personalidad y la interfase ansiedad y depresión, Psiquis, 8, 43-49.

Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Paéz, F. (1999c). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas, Manuscrito presentado para su publicación

Rorer, L.G., y Widiger, T.A. (1983). Personality structure and assessment. Annual Review of Psychology, 34, 431-463.

Roth, M., Gurney, C., Garside, R.F., Kerr, T.A. (1972). The relationship between anxiety states and depressive illness. Part 1 British Journal of Psychiatry, 121, 147-161

Sánchez de Carmona, M., Paéz, F., López, J., Nicolini, H. (1996). Traducción y confiabilidad del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC). Salud Mental, 19 (supl, 19), 5-9.

Seligman, M.E.P. (1971). Phobias and preparedness. Behaviour Therapy, 2, 307-320

Seligman, M.E.P. (1974). Depression and learned helplessness. En R.J. Friedman y M. Katz (Eds) The Psychology of depression: Contemporary theory and research. New York: Ronald

Singer, J.L. y Antrobus, J.S. (1972). Daydreaming, imaginal processes, and personality: A normative study. En: P.W. Sheehan (Ed) The function and nature of imagery. New York: Academic Press

Spitzer, R.L. y Williams, J. (1983). Structured Clinical Interview for DSM-III disorders (SCID). New York: Biometric Research Department, New York State Psychiatric Institute.

Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., y First, M. (1990). Structured Clinical Interview for DSM-III-R patient version. Washington, D.C.: American Psychiatric Press

Stavtakaki, C., Vargo, B. (1986). The relationship of anxiety and depression: a review of the literature. British Journal of Psychiatry, 149, 7-16

Svrakic, D.M., Whitehead, C., Prybeck, T.R. y Cloninger, C.R. (1993). Differential diagnosis of personality disorders by the seven factor model of temperament and character. Archives of General Psychiatry, 50, 991-999.

Steer, R., Kumar, G., Ranieri, W. y Beck, A. (1995). Use of the Beck Anxiety Inventory with adolescent psychiatric outpatients. Psychological Reports, 76, 459-465

Steer, R., Kumar, G., Ranieri, W. y Beck, A (1995). Use of the Beck Anxiety Inventory with adolescent psychiatric outpatients. Psychological Reports, 76, 459-465.

Steer, R., Ranieri, W., Beck, A., Clark, D. (1993). Further evidence for the validity of the Beck Anxiety Inventory with psychiatric outpatients. Journal of Anxiety Disorders, 7, 195-205.

Steer, R., Rissmiller, D., Ranieri, W., Beck, A. (1993). Structure of the computer assisted Beck Anxiety Inventory with psychiatric inpatients. Journal of Personality Assessment, 6, 532-542.

Svrakic, D.M., Whitehead, C., Prybeck, T.R. y Cloninger, C.R. (1993). Differential diagnosis of personality disorders by the seven factor model of temperament and character. Archives of General Psychiatry, 50, 991-999.

Tanaka-Matsumi, J., y Kameoka, V.A. (1986). Reliabilities and concurrent validities of popular self report measures of depression, anxiety and social desirability. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 328-333.

Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self report. En: Tuna, A.H. y Maser, J.D. Anxiety and the anxiety disorders (pag. 681-706). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Torgersen, S. (1988). The comorbidity of anxiety and depression. A twin study perspective. En: Maser, J.D., Cloninger, C.R., eds. Comorbidity in anxiety and mood disorders. Washington, D.C: American Psychiatric Association.

Torres, A., Hernández, E., Ortega, H. (1991). Validez y reproducibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un hospital de cardiología. Salud Mental, 14, 1-6.

Van Valkenburg, C., Akiskal, H.S., Puzantian, V., Rosenthal, T. (1984). Anxious depressions clinical, family history and naturalistic outcome. Comparisons with panic and major depressive disorders. Journal of Affective Disorders, 6, 67-82.

Wachtel, P.L. (1994). Cyclical processes in psychopathology. Journal of Abnormal Psychology, 103, 51-54.

Watson, D. y Clark, L.A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. Psychological Bulletin, 96, 465-490.

Watson, D. y Clark, L.A. (1993). Behavioral desinhibition versus constraint: A dispositional perspective. En: Wegner, D.M. y Pennebaker, Handbook of mental control (pag, 506-527). New York: Prentice Hall.

Watson, D. y Clark, L.A. (1997). The measurement and mismeasurement of mood: Recurrent and emergent issues. Journal of Personality Assessment, 86, 267-296.

Watson, D., Clark, L.A. y Harkness, A.R. (1994). Structure of Personality and their relevance to Psychopathology. Journal of Abnormal Psychology, 103, 18-31.

Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative affect: The PANNAS scales. Journal of Personality and Social Psychology, 54(6), 1063-1070.

Watson, D., y Pennebaker, J. (1989) Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. Psychological Review, 96, 234-254.

Watson, D. y Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. Psychological Bulletin, 98, 219-235.

Weissman, M.M. y Meyes, J.K. (1978) Affective Disorders in US urban community. The use of Research Diagnostic Criteria in epidemiological survey. Archives of General Psychiatry, 10, 1304-1311.

Winokur, G., Clayton, P. (1994). The Medical basis of Psychiatry. W B. Estados Unidos: Saunders Company.

Zurawski, R.M., y Smith, T.W. (1987) Assessing irrational beliefs and emotional distress. Evidence and implications of limited discriminant validity. Journal of Counseling Psychology, 34, 224-227

ANEXO: INSTRUMENTOS

- * Forma ad hoc (Ficha de Identificación)**
- * Inventario de Depresión de Beck (BDI)**
- * Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**
- * Escala de afectividad positiva y negativa (PANNAS)**
- * Cuestionario de la personalidad de Eynseck (CPE)**
- * Inventario de Temperamento y Carácter (ITC)**

Número de registro: _____

Fecha: _____

**Toda la información que proporcione es estrictamente confidencial,
y será utilizada solo para fines de investigación. Gracias.**

FICHA DE IDENTIFICACION

**Por favor conteste en el espacio en blanco los datos
personales que a continuación se le solicitan:**

EDAD: _____ años

SEXO: Masculino () Femenino ()

ESCOLARIDAD: _____ años

ESTADO CIVIL: Soltero ()
Casado ()
Viudo ()
Divorciado ()
Unión libre ()

OCUPACION: _____

Número de registro: _____

BDI

Este cuestionario cuenta con 21 grupos de enunciados. Después de leer cuidadosamente los cuatro enunciados correspondientes a cada grupo marque el número (0,1,2 o 3) que se encuentre junto al enunciado de cada grupo que **mejor** describa la manera como usted se ha sentido durante **la última semana, incluyendo el día de hoy**. Si considera que dentro de un mismo grupo de enunciados varias pueden aplicarse de la misma manera circule cada uno de ellos. **Asegúrese de leer todos los enunciados de cada grupo antes de elegir su respuesta.**

1. 0. No me siento triste.
 1. Me siento triste.
 2. Me siento triste todo el tiempo.
 3. Me siento tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

2. 0. No me encuentro particularmente desanimado con respecto a mi futuro.
 1. Me siento más desanimado que antes con respecto a mi futuro.
 2. No espero que las cosas me resulten bien.
 3. Siento que mi futuro no tiene esperanza y que seguiré empeorando.

3. 0. No me siento como un fracasado.
 1. Siento que he fracasado mas de lo que debería.
 2. Cuando veo mi vida hacia atrás, lo único que puedo ver son muchos fracasos.
 3. Siento que como persona soy un fracaso total.

4. 0. Obtengo tanto placer como siempre de las cosas que me gustan.
 1. No disfruto tanto de las cosas como antes.
 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
 3. No siento placer con las cosas que solía disfrutar.

5.
 0. No me siento particularmente culpable.
 1. Me siento culpable con respecto a muchas cosas que he hecho o debía de hacer.
 2. Me siento bastante culpable casi todo el tiempo.
 3. Me siento culpable todo el tiempo.

6.
 0. No siento que esté siendo castigado.
 1. Siento que tal vez seré castigado.
 2. Espero ser castigado.
 3. Siento que estoy siendo castigado.

7.
 0. Me siento igual que siempre acerca de mí mismo.
 1. He perdido confianza en mí mismo.
 2. Estoy desilusionado de mí.
 3. No me agrado.

8.
 0. No me critico ni me culpo más de lo usual.
 1. Soy más crítico de mí mismo de lo que solía ser.
 2. Me siento crítico por todas mis fallas y errores.
 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9.
 0. No tengo ningún pensamiento acerca de matarme.
 1. Tengo pensamientos de matarme, pero no los llevaría a cabo.
 2. Me gustaría matarme.
 3. Me mataría si tuviera la oportunidad.

10.
 0. No lloro más de lo usual.
 1. Ahora lloro más que antes.
 2. Ahora lloro por cualquier cosa.
 3. Siento ganas de llorar pero no puedo.

11.
 0. No me siento más tenso de lo usual.
 1. Me siento más inquieto o tenso de lo usual.
 2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta trabajo estar quieto.
 3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar moviéndome o haciendo algo constantemente.

18. 0. No he sentido ningún cambio en mi apetito.
 1a. Mi apetito es menor que lo usual.
 1b. Mi apetito es mayor que lo usual.
 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
 2b. Mi apetito es mucho mayor que antes.
 3a. No tengo nada de apetito.
 3b. Me despierto 1 o 2 horas mas temprano y no me
 puedo volver a dormir.
19. 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
 1. No puedo concentrarme tan bien como siempre.
 2. Me resulta dificil concentrarme en algo durante
 mucho tiempo.
 3. No puedo concentrarme en nada.
20. 0. No estoy mas cansado o fatigado de lo usual.
 1. Me canso o fatigo más fácilmente que antes.
 2. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer
 cosas que solía hacer.
 3. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer
 la mayoría de las cosas que solía hacer.
21. 0. No he notado ningún cambio reciente en mi
 interés en el sexo.
 1. Me encuentro menos interesado en el sexo ahora.
 2. Me encuentro mucho menos interesado en el sexo
 ahora.
 3. He perdido completamente el interés en el sexo.

TOTAL: _____

Número de registro: _____

BAI

A continuación se encuentra una lista de síntomas característicos de la ansiedad. Por favor lea cuidadosamente cada uno de ellos e indique con una cruz en el espacio en blanco el grado en que hallan molestado durante **LA ÚLTIMA SEMANANA, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY.**

SINTOMAS	NADA	LIGERAMENTE	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
		Sin molestia significativa	Muy desagradable pero soportable	Casi insoportable
Entumecimiento, Hormigueo				
Oleadas de calor O bochornos				
Debilidad y temblor En las piernas				
Incapaz de relajarme				
Miedo a que pase lo peor				
Sensación de mareo				
Palpitaciones o aceleración cardiaca				
Falta de equilibrio				
Terror				
Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Temblor de manos				
Agitación				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustado				
Indigestión o molestias abdominales				
Desmayos				
Enrojecimiento en la cara				
Sudor (no por calor)				

Número de registro: _____

PANAS

Esta escala consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada palabra y marque en el espacio correspondiente la respuesta apropiada para usted. Indique como se ha sentido usted durante **LAS ULTIMAS SEMANAS**. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas.

1	2	3	4	5
Muy poco o nada	Algo	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

Ejemplo: Si se presenta la palabra *triste*, y en **LAS ULTIMAS SEMANAS** usted se ha sentido extremadamente triste, entonces registrará su respuesta con el número 5: Triste: 5

motivado	_____	irritable	_____
molesto (a disgusto)	_____	alerta	_____
emocionado	_____	avergonzado	_____
de malas	_____	inspirado	_____
firme	_____	nervioso	_____
culpable	_____	decidido	_____
temeroso	_____	estar atento	_____
agresivo	_____	inquieto	_____
entusiasmado	_____	activo	_____
estar orgulloso	_____	inseguro	_____

Esta escala consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada palabra y marque en el espacio correspondiente la respuesta apropiada para usted. Indique como se siente **GENERALMENTE**, esto es, como se siente regularmente. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas.

1	2	3	4	5
Muy poco o nada	Algo	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

Ejemplo: Si se presenta la palabra *triste*, y en **GENERAL O REGULARMENTE** usted se siente extremadamente triste, entonces registrará su respuesta con el número 5: Triste: 5

motivado	_____	irritable	_____
molesto (a disgusto)	_____	alerta	_____
emocionado	_____	avergonzado	_____
de malas	_____	inspirado	_____
firme	_____	nervioso	_____
culpable	_____	decidido	_____
temeroso	_____	estar atento	_____
agresivo	_____	inquieto	_____
entusiasmado	_____	activo	_____
estar orgulloso	_____	inseguro	_____

Número de registro: _____

CPE

Por favor conteste cada pregunta tachando SI o NO en el espacio correspondiente según sea su caso. No hay contestaciones correctas o incorrectas, y no hay preguntas engañosas. Trabaje con rapidez y no piense demasiado en el significado de las preguntas.

PREGUNTA

SI NO

1. ¿Tiene usted muchos pasatiempos o entretenimientos?
2. ¿Tiene a menudo altibajos en su estado de ánimo?
3. ¿Se ha atribuido alguna vez el mérito de algo que sabía que le correspondía a otra persona?
4. ¿Es usted una persona platicadora?
5. ¿Se ha sentido alguna vez decaído sin razón?
6. ¿En alguna ocasión ha tomado más de lo que le correspondía por ambicioso?
7. ¿Es usted una persona animada?
8. ¿Se entristecería mucho si viera sufrir a un niño o a un animal?
9. ¿Se preocupa a menudo por cosas que no debería haber dicho o hecho?
10. Cuando se compromete a algo, ¿cumple siempre su promesa a pesar de las dificultades que le ocasione?
11. Normalmente, ¿Puede usted relajarse y disfrutar de una reunión animada?
12. ¿Es usted una persona irritable?
13. ¿Le ha echado alguna vez la culpa a alguien de algo que usted era responsable?
14. ¿Le gusta conocer gente nueva?
15. ¿Se siente fácilmente herido en sus sentimientos?
16. ¿Son buenos y convenientes todos sus hábitos?
17. ¿Tiende usted a mantenerse en segundo plano en reuniones sociales?
18. ¿Tomaría drogas que pudiesen tener efectos extraños o peligrosos?
19. ¿Se siente a menudo hartos?
20. ¿Ha tomado alguna vez algo (aunque sea un alfiler o un botón) que no fuera suyo?
21. ¿Le gusta mucho salir?
22. ¿Le gusta herir a personas que quiere?
23. ¿Le atormentan a menudo sentimientos de culpa?
24. ¿Habla a veces de cosas de las que usted no sabe nada?
25. ¿Tiene enemigos que quieren hacerle daño?

PREGUNTA

SI NO

26. ¿Se considera una persona nerviosa?
27. ¿Tiene muchos amigos?
28. ¿Le gusta hacer bromas que a veces pueden realmente lastimar a las personas?
29. ¿Se considera una persona que se preocupa demasiado?
30. Cuando era niño, ¿hacía lo que le ordenaban inmediatamente sin protestar?
31. ¿Le importan muchos los buenos modales y la limpieza?
32. ¿Se preocupa de cosas terribles que pueden suceder?
33. ¿Ha roto o perdido alguna vez algo que perteneciera a otra persona?
34. ¿Usualmente toma usted la iniciativa de hacer nuevos amigos?
35. ¿Se considera una persona tensa o nerviosa?
36. ¿Tira papeles al piso cuando no encuentra un basurero a la mano?
37. Cuando está con otras personas, ¿permanece generalmente callado?
38. ¿Considera que el matrimonio es anticuado y debería eliminarse?
39. ¿Siente algunas veces lástima por usted mismo?
40. ¿Es usted de los que a veces tiende a presumir?
41. ¿Le resulta fácil animar una fiesta que esté aburrida?
42. ¿Le molestan las personas que manejan con cuidado?
43. ¿Ha dicho alguna vez algo malo o desagradable acerca de alguien?
44. ¿Le gusta contar chistes y anécdotas a sus amigos?
45. ¿Le cuesta trabajo interesarse por lo que sucede a su alrededor?
46. De niño, ¿Fue alguna vez grosero con sus padres?
47. ¿Le gusta estar con la gente?
48. ¿Sufre de insomnio?
49. ¿Se lava siempre las manos antes de comer?
50. ¿Se ha sentido a menudo desanimado y cansado sin razón?
51. ¿Ha hecho alguna vez trampa en el juego?
52. ¿Le gusta hacer cosas en las que tenga que actuar con rapidez?
53. ¿Es (o fue) su madre una buena mujer?
54. ¿Siente a menudo que la vida es aburrida?
55. ¿Se ha aprovechado alguna vez de alguien?
56. ¿Hay varias personas que tratan de evitarlo?
57. ¿Piensa usted que la gente pierde demasiado tiempo asegurando su futuro con ahorros seguros?
58. ¿Dejaría de pagar sus impuestos si supiera que nunca lo van a descubrir?

PREGUNTA

SI NO

- 59. ¿Es usted capaz de poner ambiente en una fiesta?
- 60. ¿Se preocupa demasiado después de una experiencia vergonzosa?
- 61. ¿Ha insistido alguna vez en salirse con la suya?
- 62. Cuando viaja por autobús, tren o avión, ¿llega a menudo en el último minuto?
- 63. ¿Sufre usted de los nervios?
- 64. ¿Ha dicho alguna vez algo a propósito para ofender a alguien?
- 65. ¿Terminan fácilmente sus amistades sin que usted haya tenido la culpa?
- 66. ¿Se siente a menudo solo?
- 67. ¿Practica usted siempre lo que predica?
- 68. ¿Le gusta a veces molestar a los animales?
- 69. ¿Se ofende fácilmente cuando la gente le encuentra errores a usted o a su trabajo?
- 70. ¿Ha llegado alguna vez tarde al trabajo o a alguna cita?
- 71. ¿Le gusta que haya mucho bullicio y animación a su alrededor?
- 72. ¿Le gustaría que la gente le tuviera miedo?
- 73. ¿Se encuentra algunas veces lleno de energía y otras perezoso y desanimado?
- 74. ¿Deja a veces para mañana lo que podría hacer hoy?
- 75. ¿Piensan otras personas que usted es una gente llena de vida?
- 76. ¿Le cuentan a usted muchas mentiras?
- 77. ¿Es usted muy susceptible para ciertas cosas?
- 78. ¿Está siempre dispuesto a admitir sus errores?
- 79. ¿Sentiría compasión si viera a un animal atrapado en una trampa?
- 80. ¿Le ha molestado llenar este formulario?

TOTALES

PSI: _____
EXT: _____
NEU: _____
DS: _____

Número de registro: _____

ITC

En este cuestionario encontrará usted enunciados que la gente puede utilizar para describir sus actitudes, opiniones, intereses y otros sentimientos personales. Cada enunciado puede contestarse como **CIERTO** o **FALSO**. Lea el enunciado y decida que opinión lo describe mejor a usted. Conteste el cuestionario individualmente.

COMO CONTESTAR EL CUESTIONARIO:

Para contestar únicamente marque con una cruz el espacio correspondiente a su respuesta: **CIERTO** o **FALSO**.

Lea cada enunciado cuidadosamente pero **NO** invierta mucho tiempo en decidir su respuesta. Por favor conteste todos los enunciados, aun en el caso de que no esté completamente seguro de su respuesta. **NO DEJE ENUNCIADO SIN CONTESTAR**. No hay respuestas acertadas o erróneas, solo describa sus opiniones y sentimientos propios. Es importante recordarle que toda la información que proporcione en este cuestionario es **CONFIDENCIAL**.

AFIRMACION

CIERTO FALSO

1. Con frecuencia hago cosas nuevas sólo por diversión o nada más para sentir emoción, aún cuando la mayoría de la gente piense que es una pérdida de tiempo.
2. Por lo general estoy confiado en que todo va a salir bien, aun en situaciones que preocupan a la mayoría de la gente.
3. Con frecuencia me conmuevo profundamente ante un buen discurso o poema.
9. Con frecuencia cuando estoy concentrado en algo se me olvida el paso del tiempo.
11. Posiblemente podría conseguir más de lo que hago pero no veo sentido a presionarme más de lo necesario.
12. Me siento frecuentemente tenso y preocupado en situaciones poco comunes, aun cuando los demás sientan que no hay que preocuparse.
13. Con frecuencia hago cosas de acuerdo a como me siento en el momento, sin pensar como se hicieron en el pasado.
14. Por lo general hago las cosas a mi manera, sin ceder a los deseos de los demás.

AFIRMACION**CIERTO FALSO**

17. En la mayoría de las situaciones mi manera natural de responder se basa en las buenas costumbres que he desarrollado.
19. Soy mucho más reservado y controlado que la mayoría de la gente.
20. Con frecuencia dejo de hacer las cosas porque me preocupa que algo salga mal.
21. Me gusta hablar abiertamente con mis amigos de mis experiencias y sentimientos, en lugar de callármelos.
22. Tengo menos energía y me canso más rápido que la mayoría de la gente.
24. Es raro que me sienta con la libertad para hacer lo que quiero.
26. La mayoría de las veces prefiero hacer algo arriesgado como manejar un automóvil a gran velocidad en barracas y curvas peligrosas, en lugar de quedarme tranquilo e inactivo por unas horas.
27. Con frecuencia evito conocer extraños porque no tengo confianza con la gente que no conozco.
28. Me gusta complacer lo mas que puedo a las personas.
29. Prefiero hacer las cosas a la "antigüita", en lugar de probar métodos nuevos y mejorados.
30. Por lo general no puedo hacer las cosas de a cuerdo a su prioridad por falta de tiempo.
32. Con frecuencia desearía ser más inteligente que los demás.
34. Me gusta ser muy organizado y siempre que pueda imponer las reglas a la gente.
35. Me cuesta trabajo seguir la misma actividad mucho tiempo porque las otras cosas me distraen.
36. La práctica me ha dado una base sólida que me protege contra los impulsos del momento o de dejarme convencer.
37. Por lo general tengo tanta determinación en lo que hago, que sigo trabajando aún cuando los demás ya se hubieran rendido.
39. Tengo muchas malas costumbres que me gustaría mejorar.
40. Por lo general espero a que alguien mas me solucione los problemas.
41. Con frecuencia me gasto el dinero hasta que se acabe o me lleno de deudas para seguir gastando.
42. Pienso que tendré muy buena suerte en el futuro.
43. Me recupero más lentamente que la mayoría de la gente de las enfermedades sencillas y del estrés.

AFIRMACION**CIERTO FALSO**

44. No me molestaría estar solo todo el tiempo.
46. Me tiene sin cuidado si no le caigo bien a la gente o si no le parece la manera en que hago las cosas.
52. En las conversaciones soy mejor escuchando que hablando.
53. Pierdo el control más rápido que el resto de la gente.
54. Cuando tengo que conocer a un grupo de extraños soy más tímido que la mayoría de la gente.
55. Soy más sentimental que la mayoría de la gente.
58. Mis actitudes están determinadas en gran parte por influencias fuera de mi control.
59. Cada día trato de dar un paso más hacia mis metas.
60. Con frecuencia me gusta ser más fuerte que los demás.
61. Me gusta pensar mucho tiempo las cosas antes de tomar una decisión.
62. Soy más trabajador que la mayoría de la gente.
63. Con frecuencia necesito de siestas o de periodos adicionales de descanso porque me canso fácilmente.
65. Siempre pienso que las cosas saldrán bien sin importar que tenga que superar cualquier problema pasajero.
66. Me cuesta trabajo disfrutar cuando gasto dinero en mí, aún cuando tenga ahorrado una buena cantidad.
67. Por lo general conservo la calma y la tranquilidad en situaciones que la mayoría de la gente encuentra peligrosas.
68. Me gusta guardarme mis problemas.
70. Prefiero quedarme en casa que viajar y conocer nuevos lugares.
71. No creo que valga la pena ayudar a la gente débil que no pueda valerse por sí misma.
74. Con frecuencia desearía seguir siendo joven para siempre.
79. Me gusta que la gente pueda hacer lo que quiera, sin que existan reglas estrictas o límites.
80. Probablemente me mantendría tranquilo y abierto al conocer a un grupo de desconocidos, aún cuando me hubieran dicho que son poco amigables.
81. Por lo general me preocupa más que el resto de la gente de que algo salga mal en el futuro.
82. Por lo general me fijo en todos los detalles antes de tomar una decisión.

AFIRMACION**CIERTO FALSO**

83. Siento que es más importante ser comprensivo y tener compasión con el resto de la gente, que ser demasiado práctico.
85. Con frecuencia me gustaría tener poderes especiales como los de Superman.
86. Los demás me controlan demasiado.
90. La práctica me ha enseñado a ser bueno en muchas cosas que me ayudan a tener éxito.
91. Por lo general puedo hacer que otras personas me crean, aún cuando sé que lo que digo es exagerado o falso.
92. Necesito más descanso, apoyo y consuelo que los demás para recuperarme de enfermedades leves o del estrés.
94. No quiero ser más rico que los demás.
99. Tengo la fama de ser una persona muy práctica y que no se guía por sus emociones.
100. Me es fácil organizar mis pensamientos mientras hablo con alguien.
102. Me conmueven profundamente las cosas sentimentales (como cuando me piden ayuda para los niños pobres o enfermos).
103. Con frecuencia me presiono más que la mayoría de la gente porque quiero hacer las cosas lo mejor que pueda.
104. Tengo tantos defectos que no me quiero mucho.
105. Tengo muy poco tiempo para buscar soluciones a largo plazo a mis problemas.
106. Con frecuencia no me enfrento con los problemas porque no se que hacer exactamente.
107. Con frecuencia me gustaría detener el paso del tiempo.
108. No me gusta tomar decisiones basado solo en mis primeras impresiones.
109. Prefiero gastar el dinero en lugar de ahorrarlo.
110. Por lo general soy bueno para contar un chiste o hacerles bromas a los demás.
112. Si me apenan o me humillan, me recupero fácilmente.
113. Me resulta extremadamente difícil cambiar mi manera de hacer las cosas, porque me pongo tenso, cansado o preocupado.
114. Por lo general exijo que me den muy buenas razones para cambiar mi manera tradicional de hacer las cosas.

AFIRMACION**CIERTO FALSO**

115. Necesito mucha ayuda de los demás para que me enseñen buenos hábitos.

117. La mayor parte del tiempo me gustaría tener conmigo amigos cercanos y afectuosos.

119. Casi siempre me mantengo tranquilo y despreocupado, aun cuando casi todos los demás tengan miedo.

120. Me aburren las canciones y películas tristes.

121. Las circunstancias me obligan a hacer cosas en contra de mi voluntad.

126. Creo que no tengo claro el propósito de mi vida.

128. Estoy satisfecho con mis logros y tengo pocos deseos de mejorar.

129. Con frecuencia me siento tenso o preocupado en situaciones poco comunes, aún cuando otros piensan que no existe ningún peligro.

130. Con frecuencia me guío por mis instintos, corazonadas o intuiciones sin pensar en todos los detalles.

131. La gente piensa que soy demasiado independiente porque no hago lo que ellos quieren.

135. Las buenas costumbres se han convertido en parte de mi y me salen de manera natural y espontánea.

136. No me importa que con frecuencia otras personas sepan más que yo sobre algo.

139. Ahorro mejor el dinero que la mayoría de la gente.

141. Por lo general insisto en que las cosas se hagan de un modo ordenado y estricto, aun cuando la mayoría de la gente piense que no es importante.

142. En la mayoría de las situaciones sociales estoy confiado y seguro.

143. A mis amigos les cuesta trabajo conocer mis sentimientos porque rara vez les comento mis intimidades.

144. No me gusta cambiar mi manera de hacer las cosas, aún cuando la gente me diga que existe una nueva y mejor manera de hacerlo.

147. Tengo más energía y me canso menos rápido que la mayoría de la gente.

148. Me gusta poner mucha atención en los detalles de todo lo que hago.

149. Con frecuencia dejo de hacer lo que estoy haciendo porque me preocupo, aun cuando mis amigos me dicen que todo saldrá bien.

150. Con frecuencia me gustaría ser más poderoso que los demás.

AFIRMACION**CIERTO FALSO**

151. En general me siento libre para elegir lo que quiero hacer.
154. La mayor parte del tiempo preferiría hacer algo peligroso (como brincar con paracaídas, o correr en motocicleta), en lugar de quedarme tranquilo o inactivo por algunas horas.
155. Me cuesta trabajo ahorrar porque, por lo general, gasto mucho dinero a lo tonto, aun cuando se necesite para cosas especiales como unas vacaciones.
156. No sacrificio nada de mi persona para quedar bien con los demás.
157. No soy nada tímido con personas desconocidas.
158. Con frecuencia cedo ante los deseos de mis amigos.
159. La mayor parte de mi tiempo la paso haciendo cosas que parecen necesarias, pero para mi no son realmente importantes.
162. Muchos de mis hábitos hacen que me sea difícil alcanzar metas que valen la pena.
164. Nunca me preocupo de cosas terribles que puedan pasar en el futuro.
165. Casi nunca me emociono al grado de perder el control.
166. Con frecuencia dejo una actividad que requiere más tiempo de lo que había pensado.
167. Prefiero iniciar las conversaciones en lugar de esperar a que otros me hablen.
169. Mis acciones, en gran parte, se determinan por influencias fuera de mi control.
171. Prefiero esperar a que alguien tome el mando para llevar a cabo las cosas.
174. Me divierte comprar cosas para mí.
177. Mi comportamiento se rige por ciertas metas que me he propuesto para mi vida.
179. Con frecuencia me gustaría poder vivir para siempre.
180. Por lo general me gusta no involucrarme y estar a distancia de los demás.
181. Lloro con más facilidad que la mayoría de la gente en una película triste.
182. Me recupero más rápido que la mayoría de la gente de enfermedades sencillas o del estrés.
183. Con frecuencia, cuando pienso que me puedo salir con la mía, rompo reglas y leyes.

AFIRMACION**CIERTO FALSO**

184. Necesito mucha más práctica en el desarrollo de hábitos positivos para poder confiar en mi mismo ante situaciones tentadoras.
187. Me gusta tomar decisiones rápidas para poder iniciar la acción lo más pronto posible.
188. Por lo general tengo suerte en las cosas que hago.
189. Por lo general tengo confianza en mi facilidad para hacer cosas que la mayoría de la gente considera como peligrosas (como manejar rápido un automóvil en un camino mojado o malo).
191. Me gusta explorar nuevas formas de hacer las cosas.
192. Me gusta más ahorrar dinero que gastarlo en diversiones o actividades.
193. Los derechos individuales son más importantes que las necesidades de la comunidad.
196. Los buenos hábitos hacen que me sea más fácil el hacer las cosas del modo que yo quiero.
197. La mayoría de las personas parecen tener más miedos que yo.
198. Con frecuencia culpo de mis problemas a otras personas o a las situaciones externas.
201. Aun cuando estoy con amigos prefiero no abrirme demasiado.
202. Por lo general puedo mantenerme durante el día listo para cualquier cosa, sin tener que esforzarme.
203. Casi siempre pienso en todos los detalles antes de tomar una decisión rápida.
204. Cuando me descubren haciendo algo malo no soy muy bueno para zafarme del problema.
205. Soy más perfeccionista que la mayoría de la gente.
207. Creo que, por lo general, mi manera natural de responder va de acuerdo con mis principios y metas a largo plazo.
209. Creo que puedo estar confiado y tranquilo cuando estoy con desconocidos, aun cuando se me dijera que pueden estar enojados conmigo.
210. A la gente se le hace fácil venir conmigo por ayuda, consuelo y cálida comprensión.
211. Me cuesta más trabajo que los demás el entusiasmarme sobre nuevas ideas y actividades.
212. Me cuesta trabajo decir una mentira, aun cuando sea para no herir los sentimientos de alguien más.

AFIRMACION**CIERTO FALSO**

214. No quiero ser más admirado que el resto de la gente.
217. Por lo general me siento tenso y preocupado cuando tengo que hacer algo nuevo y poco común.
218. Con frecuencia me esfuerzo al grado de no poder más, o bien, trato de hacer más de lo que realmente puedo.
219. Algunas personas piensan que soy muy codo o tacaño con mi dinero.
221. Tengo poca fuerza de voluntad para resistir tentaciones fuertes.
223. Sé lo que quiero hacer en mi vida.
225. A menos que sea muy cuidadoso, por lo general salen mal las cosas.
226. Si me siento decepcionado, por lo general estoy mejor rodeado de amigos que estando solo.
229. Me gustaría ser más guapo que todos los demás.
231. Por lo general me alejo de situaciones sociales en las que probablemente conoceré a extraños, aun cuando se me asegure que ellos serán amigables.
233. Por lo general veo una situación difícil como un reto u oportunidad.
237. Cuando me piden que firme un documento me gusta leerlo todo.
238. Cuando nada nuevo está sucediendo, por lo general me pongo a buscar algo que sea emocionante o estimulante.

Muchas gracias por tu cooperación.