



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

DEPARTAMENTO DE POSGRADOS

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

DATOS GENERALES DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN

Título: Los rasgos de personalidad como variables moduladoras de la depresión leve y grave en adolescentes.

Estado de la Investigación: Nueva

Nombre de las responsables:

Maestrante: Psic. Clín. Amada Cesibel Ochoa Pineda

Teléfono celular: 0991741168

Correo electrónico: cochoa@uazuay.edu.ec

Directora: Mst. Marha Cobos Cali

Teléfono celular: 0991604131 – 072883151

Correo electrónico: mcobos@uazuay.edu.ec

Cuenca, enero de 2014

LOS RASGOS DE PERSONALIDAD COMO VARIABLES MODULADORAS EN LA DEPRESIÓN LEVE Y GRAVE EN ADOLESCENTES

Cesibel Ochoa Pineda¹, Martha Cobos Cali²
Universidad del Azuay, Ecuador

Resumen

Al ser la depresión un problema de salud mental (OMS, 2012), el objetivo de este trabajo fue identificar los rasgos de personalidad en adolescentes con depresión leve y grave a través de un estudio descriptivo transversal y un análisis de correlación tipo ANOVA. El diagnóstico se realizó en 612 participantes, de 15 a 19 años usando la escala de Casullo. Se utilizó el test de Eysenk para evaluar personalidad y el Test Plutchik para identificar el riesgo suicida asociado. Los resultados indican que el 23% posee niveles graves de depresión; el 49%, moderados; y el 26%, leves. Al analizar el nivel de depresión con la personalidad, se obtuvo en la depresión grave una relación significativa con introversión ($p < 0,000$), alto neuroticismo, ($p < 0,000$) alto psicoticismo ($p < 0,000$) y baja deseabilidad social ($p < 0,023$). Finalmente, el 50% de los adolescentes con depresión grave posee alto riesgo suicida. Con estos resultados se espera dilucidar nuevos caminos para el tratamiento de esta patología.

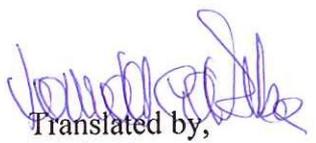
Palabras clave: Adolescencia, depresión, rasgos de personalidad, riesgo suicida.

ABSTRACT

Due to the fact that depression is a mental health problem (WHO, 2012), the aim of this study was to identify personality traits in adolescents with mild and severe depression through a cross-sectional descriptive study and an ANOVA type correlation analysis. The diagnosis was made in 612 participants aged 15 to 19 by using the Casullo scale. The Eysenk test was used to assess personality, and the Plutchik Test to identify associated suicidal risk. The results indicate that 23% have severe levels of depression, 49% moderate and 26% mild. By analyzing the level of depression with the personality, the results showed that in severe depression there was a significant relationship with introversion ($p < 0.000$); high neuroticism ($p < 0.000$), high psychoticism ($p < 0.000$), and low social desirability ($p < 0.023$). Finally, 50% of adolescents with severe depression have a high suicide risk. These results are expected to elucidate new ways to treat this condition.

Keywords: Adolescence, Depression, Personality Traits, Suicidal Risk.




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

INTRODUCCIÓN

Es importante conocer que la adolescencia es un periodo que se ha relacionado con crisis, turbulencia y anormalidad; sin embargo, es un paso, una transición que no necesariamente implica una profunda problemática, como ya lo había propuesto Margaret Mead (1990), contrario al criterio de Stanley Hall que la definió como *Sturm und Drang* (tormenta e impulso) en 1904. Sin embargo, la crisis no es propia de la adolescencia. Más bien existen eventos que pueden generarla. Según Galindo, Martínez, García y Ral (2013) los factores que propician las depresiones pueden ser debidos a elementos inherentes a la personalidad, por no permitir revelar los síntomas que a esta se asocian. Razón clara que no permite un diagnóstico oportuno.

Como se verá posteriormente, identificar el rol que juegan los rasgos de personalidad es de vital importancia, porque de ellos depende el afrontamiento asertivo o no de las situaciones estresantes que se presenten. Por otro lado, el diagnóstico de los perfiles de personalidad permite establecer objetivos claros de psicoterapia, además de brindar resultados efectivos que se mantengan con el tiempo. El énfasis en estos temas permite tener una visión a futuro de cómo podemos ser agentes de prevención, tanto de la depresión como del riesgo suicida que puedan subyacer, dado que en ambos casos, los rasgos de personalidad difieren de modo importante.

Es así que varios estudios en Ecuador han investigado la prevalencia de este fenómeno. Para Cobos (2008) el 17.1% de los estudiantes presentan niveles graves de depresión en Cuenca; en Biblián el 11% de los adolescentes de noveno año de educación básica tienen depresión grave (Vijay, 2013). Concomitante a ellos, Larriva (2009) identificó que el 24.8% de adolescentes de los colegios urbanos de Cuenca posee ideación suicida. No obstante, aún persisten problemas en su diagnóstico.

De acuerdo con la primera Cumbre Global en Salud Mental celebrada en Atenas en el 2009 se proyectó a este problema como la enfermedad más común en los seres humanos para el 2030, superando al cáncer y las patologías cardiovasculares. (BBC, 2009). En la población adolescente se está convirtiendo en una de las principales causas de muerte tanto del Ecuador como del mundo. (Weisz, Mc Carty y Valery, 2006).

Los adolescentes que presentan marcadas crisis de la identidad, desajustes en sus relaciones sociales, inestabilidad emocional, baja cohesión familiar, entre otros, presentan mayor insatisfacción vital que aquellos que han percibido una relación satisfactoria con su familia y la sociedad (Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin y Jiménez, 2009; Balanza *et al.*, 2009; en de la Villa y

Ruiz, 2011). De allí podemos deducir que el contexto social influye directamente en el comportamiento, errático o no, de estos.

A más de lo mencionado, es imprescindible enfatizar que la carga genética es un factor no menos importante en su desarrollo; de hecho, los niveles cognitivos, emocionales y afectivos están relacionados y deben ser estudiados de modo integral. En efecto, este periodo se considera primordial, porque algunas experiencias pueden resultar sensibles e influir en su desarrollo: asumir retos, compromisos y roles que propendan a la consolidación de su identidad. Es así que varios estudios han concluido que se caracteriza por la mielinización de las áreas frontales (Sánchez, 2012); lo que compagina con las perspectivas piagetianas de la maduración y especialización del pensamiento (Piaget, 1999). De acuerdo con lo expuesto, las experiencias vividas en esta época tendrán efectos duraderos, pero no irreversibles en el desarrollo (Oliva, 2004; Galindo *et al*, 2013) por la influencia de los rasgos de personalidad.

En su estudio de la personalidad, Millon desarrolló el concepto de Sistema Multiaxial y definió a los rasgos de personalidad como patrones duraderos de conducta que son expresados de modo consistente a lo largo del tiempo (1994). Enfatizó que es un sistema complejo que se expresa en cada faceta de modo particular; es decir, “rasgos intrínsecos y persistentes que emergen de una complicada matriz de disposiciones biológicas, del aprendizaje, de percibir, razonar y enfrentar las situaciones y a los otros” (Millon 1998, p. 23). El autor puso en evidencia su interés por equilibrar en el estudio de la personalidad, las perspectivas nomotéticas e ideográficas, que en la adolescencia son fundamentales, para evitar generalizaciones excesivas (Balarezo, 2010; Ochoa, 2013).

En esta etapa se debe fomentar la predicción de la personalidad de modo coherente; esta afirmación se fundamenta en el constructivismo, que permite visualizar su estudio desde una perspectiva relativa, evitando leyes absolutas (Millon, 1998; Balarezo, 2010). El modelo integrativo focalizado en la personalidad, desarrollado en el Ecuador, la define como “una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establece un modo de percibir, pensar, sentir y actuar, otorgándole singularidad e individualidad al sujeto” (Balarezo, 2010, pág. 40). Esta apreciación coincide con la teoría de Eysenk cuando postula que la personalidad es una “organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento e intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única al ambiente” (1970, p.2). De acuerdo con esta perspectiva, Balarezo (2010) asevera que su estudio debe superar los absolutismos y congregar factores bio-psico-sociales y centrarse en las etapas o transiciones vitales. Por ende, es una entidad dinámica, flexible, acorde con el entorno.

Estas aproximaciones nos proporcionan un panorama más claro para el tratamiento de la depresión en la adolescencia, puesto que el reduccionismo suele ser uno de los mayores impedimentos para abordarla de modo adecuado, considerando los aportes de varios investigadores que a través de sus estudios nos proporcionan nuevas perspectivas. Fernández-Álvarez (1992) argumenta que la elaboración del proyecto de vida es un objetivo central para el adolescente, para este proceso es imprescindible la consolidación de la identidad y la estructuración del guion personal, por medio de la adecuada significación de las experiencias -acordes a los contextos socio-históricos. Previamente, el individuo ha desarrollado varias construcciones que van construyéndose como una espiral a saber:

- 1) La *función discriminante básica* es el eje de la identidad y se elabora desde el nacimiento;
- 2) La *filiación y parentesco* involucra el desarrollo de formas elementales de organización espacial y temporal, sin restringirse a las relaciones paterno-filiales;
- 3) La construcción de *dominación* referida a la aceptación de que todo ocurre dentro de ciertas normas y que somos agentes receptores y constructores de ellas;
- 4) La *diferenciación sexual* en el sentido de identificar la disparidad de los sexos, aceptando que cada uno es incompleto;
- 5) El *reconocimiento* que es una nueva elaboración de conocimientos anteriores en el grupo de pares; y, específicamente en la adolescencia:
- 6) La *autonomía* vista como el desarrollo de un guion personal, de la identidad propia y única que se diferencia de los guiones paternos (Fernández-Álvarez, 1992).

Concomitantemente con la visión de Fernández-Álvarez, Erik Erikson (1976) ya había afirmado que la consolidación de la identidad puede procurar desafíos más fuertes para el logro de un sentido coherente y realista, porque algunos jóvenes podrían experimentar crisis o difusión de la identidad, que los podría llevar al aislamiento o a la adopción de roles inadecuados, pero estas "crisis" son normativas y no en sí patológicas; apreciaciones que indican claramente que el rol y la identidad poco consolidados pueden generar conflictos muy fuertes, que dominarían la vida de los adolescentes evitando un desarrollo íntegro y sano.

El falso establecimiento de un guion personal, independiente del de los padres, procuraría una falsa percepción de la estabilidad misma, en tanto que el individuo no logra reconocerse como un ser autónomo, situación que, en suma, procura un contexto poco productivo. Si a ello sumamos las conceptualizaciones de audiencia imaginaria y fábula personal de la teoría de Elkind (1979) podríamos comprender mejor por qué los adolescentes toman decisiones arriesgadas o reaccionan ante críticas imaginarias que entorpecen su desarrollo y cómo estos elementos intervienen en los trastorno del estado de ánimo. (en Santrok, 2006).

Es así que “aproximadamente 4 millones de adolescentes intentan suicidarse (...) cada año; de ellos, al menos 100.000 lo consiguen. Las mujeres intentan el suicidio tres veces más que los hombres, pero el triple de hombres que de mujeres lo consuman. En los Estados Unidos, uno de cada 10 niños y adolescentes sufre enfermedades mentales lo suficientemente graves como para causarle algún tipo de incapacidad. Menos del 20% reciben tratamiento”. (Unicef, 2002, pág. 35).

Se trata, entonces, de una realidad que debe ser claramente visualizada. En el Ecuador, el suicidio es la segunda causa de muerte en adolescentes de entre 12 y 17 años; según estadísticas del INEC entre 1997 y 2009 más de 1400 adolescentes se quitaron la vida, (Observatorio de la Niñez y de la Adolescencia, 2010). Sin embargo, en las provincias cuya población mayoritaria es indígena actualmente ocupan el primer lugar como causa de fallecimiento (Unicef, 2002; Unicef, 2011). En los últimos 5 años hubo más de 62 suicidios en Chunchi, Ecuador, todos eran adolescentes de 11 a 24 años y la gran mayoría no vivía con sus padres a causa de la migración; de ellos el 40% se ahorcó y el 60% falleció por envenenamiento. Algunos de ellos ven al suicidio como un acto heroico. (Medina, 2012). En Cotopaxi, en el 2012 esta tendencia se ha visto incrementada en un 46.66% respecto del 2011. En los referidos años se han verificado 39 suicidios adolescentes (Osorio, 2013). En el 2013 se han reportado 11 casos de enero a mayo, en Latacunga (Hidalgo, Perdomo, 2013). Adicionalmente, en Cuenca, según datos del hospital Vicente Corral Moscoso se atienden cada mes entre 20 y 25 intentos de suicidio de adolescentes y adultos jóvenes, en la Unidad de Salud Mental. (El Mercurio, 2013).

Estas cifras, no obstante, no representan el verdadero número de víctimas; de ahí que es imprescindible tratar de este tema evitando los eufemismos y rodeos innecesarios. Más aún cuando en el caso de adolescentes que poseen actitudes favorables hacia el suicidio. (Greydanus, Calles, 2007). Algunas investigaciones han concluido que ellos tienen más probabilidades de experimentar ideas y tentativas autolíticas; situación que crea un contexto de alto valor predictivo del comportamiento suicida (Ruiz, Navarro-Ruiz, Torrente y Rodríguez, 2005); por ello es importante identificar la depresión subyacente en estos casos. (Maalouf, Atwi y Brent, 2011). Estudios confirman que la incidencia de síntomas depresivos en la adolescencia alcanza entre el 1,8% y el 3%, porque los adolescentes esconden su sintomatología, por vergüenza o fuertes actitudes defensivas (Nardi y Pannelli, 1998; Nardi, 2004). La relevancia clínica, entonces, debería ser un factor prioritario en el caso de esta patología.

Estas dificultades derivan de algunos factores: las manifestaciones clínicas difieren de las que se presentan en los adultos; los adolescentes tienen problemas para identificar que están

pasando por un proceso depresivo; los cuidadores no aceptan que a tan corta edad se pueda experimentar esta sintomatología; los docentes tienen ideas erráticas en torno al problema, y lo atribuyen a mala conducta; y, por último, los padres de familia creen que han fallado en la crianza de sus hijos (Tamas, 2005, Weisz; Mc Carty y Valery, 2006). Por otro lado, la tendencia de los jóvenes a no expresar sus problemas, y la de los médicos a centrar su atención en la queja contribuyen a que esta patología no se diagnostique con claridad (Walters & Sutton, 2010).

Algunas manifestaciones de los trastornos del humor se caracterizan por cambios erráticos de humor, llanto excesivo, rabia, desesperación; otros, como la inhibición, retiro social, incomunicación; conductas desafiantes, acercamiento exagerado hacia actividades peligrosas, consumo de alcohol y estupefacientes, trastornos psicosomáticos, etc. con frecuencia, evolucionan de manera oscilante y difícil de predecir (Beck, 2003; Ochoa, 2013). En este contexto se ha identificado otros síntomas que podrían denotar la presencia de este trastorno en la adolescencia. Entre ellos, el temor a la muerte, ausentismo escolar, trastornos del sueño, ansiedad, irascibilidad, entre otras. (Maalouf, *et al*, 2011; Santrock, 2013).

De acuerdo con lo expuesto, la presente investigación tiene el objetivo de determinar los niveles de depresión en un amplio grupo de adolescentes y verificar si existen diferencias en cuanto a las dimensiones de personalidad, que presenten los grupos diagnosticados con depresión leve y grave, según la propuesta del Modelo Ecuatoriano Focalizado en la Personalidad (Balarezo, 2010); adicionalmente, se verifica si existe riesgo suicida en el grupo de mayor vulnerabilidad.

MÉTODO

Diseño: El diseño de este estudio es de tipo descriptivo, transversal. Se utilizó ANOVA de una vía y la T de Pearson para determinar, a través de los niveles de significancia bilateral, las diferencias existentes entre los promedios de los rasgos de personalidad de los grupos estudiados.

Participantes: El universo de estudio estuvo conformado por 612 estudiantes de secundaria, 446 mujeres (73%) y 166 varones (27%), pertenecientes a un colegio urbano de la ciudad de Cuenca. La edad osciló entre 15 y 19 años. Todos cursaban los tres últimos años de educación media. Este grupo fue evaluado en su totalidad para determinar los niveles de depresión.

Luego de una segmentación intencional en función de los grados de depresión se identificaron dos grupos: adolescentes con depresión leve (117 mujeres y 23 varones) y grave (104 mujeres

y 67 varones). De ellos, participaron en la segunda y tercera fase 196 mujeres y 90 varones (n: 286).

Consideraciones éticas: Previa autorización de los directivos del colegio, se procedió a informar a los estudiantes acerca de los objetivos de la investigación, su participación voluntaria y el acceso restringido a los diagnósticos por parte de terceros.

Instrumentos

Escala de Detección de la Depresión de Casullo y cols. (1991): Esta escala fue elaborada a partir de otras con objetivos comunes, entre ellas: la escala de depresión de Zung (1965), escala de depresión de Beck (1961), escala de depresión el MMPI (1960), escala de Raskin (1970) y la lista de síntomas de Gardner (1968). (en Ochoa, 2013). Casullo y cols. (1991) la validó para población adolescente. La herramienta posee buena correlación con la de Beck con un análisis factorial significativamente positivo (Cobos, 2008). Según su autora posee mayor sensibilidad para el diagnóstico de depresión en adolescentes; este resultado fue confirmado por Cobos (2008). El test permite aislar tres factores: síntomas depresivos, síntomas somáticos y afectos positivos.

Para analizar esta prueba se sigue los siguientes parámetros: Menos de 1 día se califica con cero puntos; 1-2 días se califica con un punto; 3-4 días, dos; 5-7 días, tres puntos. Los ítems positivos se analizan a la inversa. El resultado global se obtiene de la suma de los puntajes parciales. Para determinar qué nivel de depresión posee la persona tenemos que tomar en cuenta las siguientes jerarquías: hasta 9 puntos, niveles bajos; de 10 a 25, moderados o medios; de 26 a 60, altos o graves. .

Cuestionario de H. J. Eysenck y S. B. G. Eysenck (EPQ-R, 2008): Se ha utilizado la adaptación de Ortet e Ibáñez, Ipola y Silva (2001). La aplicación de esta prueba es individual y colectiva, y su duración varía entre 15 y 30 minutos, aproximadamente. Esta prueba es aplicable a adolescentes cuya edad no sea inferior a 15 años. Según estudios realizados con este instrumento, las fiabilidades van de 0,71 a 0,86, y las correlaciones entre sus escalas no superan el 0,20. Estas ofrecen unos índices de consistencia interna semejantes a los de la versión original. Este test resulta un instrumento válido y fiable porque estructura factorial identifica a los cuatro factores del EPQ-R. (Ibáñez, 1997). La versión castellana del EPQ-R consta de 83 preguntas: 19 ítems para la escala E y L; 23 para las escalas N y P, lo que constituyen su puntaje máximo. La herramienta incluye afirmaciones con alternativas de respuesta sí/no.

Las dimensiones de la personalidad que mide son:

- Estabilidad-Neuroticismo (N). Esta escala evalúa si el individuo es neurótico o estable emocionalmente. Respuestas altas indican elevados niveles de ansiedad e inestabilidad emocional; los puntajes bajos demuestran un perfil tendiente a estabilidad emocional y autocontrol.
- Extraversión-Introversión (E). Evalúa la tendencia a socializar. Los sujetos que puntúan alto se caracterizarán por ser sociables, impulsivos, optimistas con poca sensibilidad; las puntuaciones bajas mostrarán individuos con tendencia al retraimiento y a la tranquilidad, a la reserva y el control; poco agresivos.
- Normalidad-Psicoticismo (P). Esta escala mide los atributos relacionados con la despreocupación, el interés por elementos extraños o atípicos, falta de empatía y generación de problemas interpersonales o sociales en puntajes elevados; sin embargo, niveles bajos indican tendencias altruistas.
- Labilidad o Veracidad (L). Evalúa la tendencia a la distorsión de las respuestas para dar una buena o mala impresión; esta escala mide el disimulo o la conformidad. (Eysenck y Eysenck, 2008).

Escala de riesgo suicida de Plutchik y HM Van, Praga (1994): Esta escala tiene como objetivo identificar a pacientes suicidas y quienes no lo son. Es un cuestionario autoadministrado que consta de 15 preguntas dicotómicas: sí, no. Las respuestas afirmativas se suman, cada una con un valor de 1. Si el sujeto ha puntuado más de 7 ítems afirmativos se interpreta con un alto riesgo suicida. La herramienta es considerada como una medida de riesgo y no como predictora de acciones futuras. En la validación española para un punto de corte de 6 la sensibilidad y especificidad era de 88%, para discriminar entre sujetos con y sin antecedentes autolíticos. La escala tiene un nivel de sensibilidad de 0.90., y 0.89de fiabilidad test-retest, luego de 72 horas (Rubio *et al*, 1998).

Procedimiento

Fase 1: Se identificó la prueba más idónea para diagnosticar depresión en adolescentes. Se escogió el Test de Casullo y cols. (1991) teniendo en cuenta su alta sensibilidad en esta población. Se realizó una aplicación por grupos hasta llegar a cubrir el universo del estudio. A cada estudiante se le entregó la escala y las indicaciones respectivas. Posteriormente, se calificaron las pruebas según las normas del test para identificar la prevalencia de depresión.

Fase 2: Se realizó la identificación del riesgo suicida en los estudiantes con niveles de depresión grave a través de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. Estos resultados, junto con los derivados de la Fase 1, se dieron a conocer a las autoridades de la institución.

Fase 3: Se evaluaron los rasgos de personalidad prevalentes en los estudiantes diagnosticados con depresión leve y grave, a través del EPQ-R.

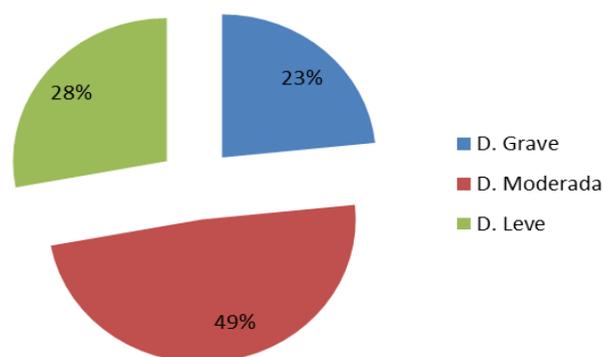
Fase 4: Se efectuó el levantamiento de la base de datos y se realizó el análisis de los datos obtenidos. Finalmente, se elaboró un informe con los resultados obtenidos

Las fases 2 y 3 fueron ejecutadas de modo conjunto; se entregó a los estudiantes elegidos las pruebas pertinentes, con un código numérico, para poder ingresar la información de modo organizado y coherente.

RESULTADOS

Niveles de depresión: Se encontró que el 23% de los adolescentes padece depresión grave; el 49%, moderada; y el 26%, leve (ver Figura 1).

Figura 1: Distribución de los síntomas depresivos en los adolescentes



Niveles de depresión y relación con el sexo: La Tabla 1. resume los porcentajes de los diferentes niveles de depresión manifestados en hombres y mujeres y la frecuencia de los participantes. En el caso de la depresión grave y moderada los niveles son mayores en las mujeres respecto de los varones: 26% sobre 16%; y 50% sobre el 40%, respectivamente. Se identifica que los hombres tienen un mayor porcentaje de depresión leve (40%) respecto de las mujeres (23%).

Tabla 1. Distribución de los niveles de depresión

Niveles de Depresión	n	% global	N	% varones	n	% mujeres
D. Grave	143	23%	26	16%	117	26%
D. Moderada	298	49%	73	44%	225	50%
D. Leve	171	28%	67	40%	104	23%
Total	612	100%	166	100%	446	100%

Dimensiones de personalidad vs. Sexo: Se determina que existen diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de neuroticismo y su relación con el sexo de los adolescentes (mujeres n=196 p<0,000; hombres n=90 p<0,000). No hay diferencias significativas en las medias de extroversión, psicoticismo y deseabilidad social, dado que el nivel de significancia bilateral de la T de Pearson es mayor a 0,05 (ver Tabla 2).

Tabla 2. Relación entre las dimensiones de personalidad y sexo de los adolescentes

Dimensiones de personalidad	Sexo	N	Media	D.S	Error típ. de la media	T de Pearson Sig. (bilateral)
Extroversión	mujeres	196	13,26	4,241	,303	,329
	hombres	90	13,77	3,660	,386	,303
Neuroticismo	mujeres	196	12,02	5,757	,411	,000
	hombres	90	8,64	5,237	,552	,000
Psicoticismo	mujeres	196	6,95	3,111	,222	,619
	hombres	90	7,14	3,019	,318	,615
Deseabilidad social	mujeres	196	8.34	3,357	,240	,144
	hombres	90	7,72	3,387	,332	,135

Dimensiones de personalidad vs. Diagnóstico de depresión:

Se identificó que los niveles leves (dl) y graves (dg) de depresión presentan diferencias altamente significativas con relación al neuroticismo (dl: p<0,000; dg: p< 0,000), psicoticismo (dl: p<0,000; dg: p<0,000) y extroversión (dl: p<0,000; dg: p<0,000).

En esta fase de la investigación se observó que:

- a. En la extroversión, neuroticismo y psicoticismo existen diferencias significativas entre los diagnósticos de depresión. Esto se aprecia en los valores de significación bilateral (0.000) de la T de Pearson. (ver Tabla 3).
- b. En la deseabilidad social no se evidencian diferencias significativas con un nivel alpha de 0,05%.

Tabla 3: Relación entre las dimensiones de personalidad y el diagnóstico de depresión

Dimensiones de personalidad	Diagnóstico de depresión	N	Media	D.S	Error típ. de la media	T de Pearson Sig. (bilateral)
Extroversión	leve	154	14,27	3,377	,272	,000
	grave	132	12,42	4,564	,397	,000
Neuroticismo	leve	154	7,39	4,041	,326	,000
	grave	132	15,12	4,671	,407	,000
Psicoticismo	leve	154	6,18	2,833	,228	,000
	grave	132	7,98	3,077	,268	,000
Deseabilidad social	leve	154	8,55	3,169	,255	,023
	grave	132	7,67	3,397	,296	,024

Dimensiones de personalidad vs. Riesgo suicida (rs):

En todas las dimensiones de personalidad analizadas se aprecian diferencias significativas entre el riesgo y no riesgo suicida; con esto se evidencian manifestaciones de la personalidad distintas entre los adolescentes diagnosticados con depresión grave con y sin riesgo de suicidio. Esto se aprecia en la T de Pearson que tiene valores inferiores a un alfa de 0.05 (ver Tabla 4).

Tabla 4: Relación entre depresión grave y riesgo suicida

Dimensiones de personalidad	Riesgo suicida	N	Media	D.S	Error típ. de la media	T de Pearson Sig. (bilateral)
Extroversión	no riesgo	64	13,47	3,309	0,414	0,009
	riesgo	64	11,38	5,394	0,674	0,009
Neuroticismo	no riesgo	64	13,14	4,457	0,557	0,000
	riesgo	64	17,22	3,848	0,481	0,000
Psicoticismo	no riesgo	64	7,23	3,226	0,403	0,003
	riesgo	64	8,86	2,759	0,345	0,003
Deseabilidad social	no riesgo	64	8,56	3,518	0,44 0	0,002
	riesgo	64	6,72	3,124	0,391	0,002

Relación entre el riesgo suicida y el diagnóstico de depresión:

De acuerdo con los resultados obtenidos, el 50% de los estudiantes presentan alto riesgo suicida. La tabla 5 resume los descriptivos de este apartado concluyendo que existe independencia estadística entre el sexo y el riesgo suicida, como puede apreciarse en la tabla 6.

Tabla 5: Relación entre el riesgo suicida y sexo

	Riesgo suicida					
	no riesgo		riesgo		Total	
	n	%	N	%	n	%
mujeres	50	78,1%	53	82,8%	103	80,5%
hombres	14	21,9%	11	17,2%	25	19,5%
Total	64	100%	64	100%	128	100%

Tabla 6: Relación entre riesgo suicida y sexo

	Sexo de los estudiantes	
	Chi cuadrado	,447
Riesgo suicida	gl	1
	Sig.	,504

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías de cada subtabla más al interior.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objeto de este estudio es la identificación de los niveles de depresión y la evaluación de las diferencias existentes en los rasgos de personalidad de los adolescentes con depresión leve y grave. Luego del diagnóstico efectuado se obtuvo una importante tendencia: el 22% posee depresión grave y el 46%, moderada, existiendo mayor tendencia en el caso de las mujeres. Con ello podemos afirmar, una vez más que la depresión gana terreno a grandes pasos; estos datos se apoyan en actuales estudios que manifiestan que esta se ha convertido en uno de los principales problemas de salud mental en adolescentes (Cosullo y Liporace, 2004; Cobos, 2008; Ochoa, 2013); y al ser un trastorno recurrente se estima que un 5% de la población adolescente algún momento la manifiesta y todavía existen falencias en su diagnóstico, lo que profundiza esta problemática y su abordaje oportuno (OMS, 2012).

Según tendencias anteriores entre el 15% y el 53% de los adolescentes habrían deseado alguna vez morir (Diekstra, Kienhorst y Wilde, 1995), datos que se confirman en estudios realizados por Unicef (2011), pero los porcentajes van en aumento. Dentro de hallazgos de esta investigación se ha identificado que de los jóvenes que presentan depresión grave, la mitad ha atentado contra su vida de alguna manera y poseen alto riesgo suicida. Estas cifras indican un fuerte signo de alerta, más que todo porque se ha observado que las ideas suicidas suelen persistir luego de varios años de seguimiento (Stankovic, Saula-Marojevic, Potrevic, 2006; Vásquez, 2009).

Sin embargo, es imperativo recordar que la depresión severa se relaciona con el suicidio, la desesperación y la desesperanza. (Beck, 2003). De hecho, no solo hay comportamientos de riesgo que se asocian al suicidio, hay factores protectores que deben ser enfatizados al elaborar los protocolos de terapia; estos hacen referencia al apoyo familiar y social (Muñoz, 2009; Vásquez, 2009) y a la personalidad (Millon, 1997; Millon, 1998; Galindo *et al*, 2013). Los modelos integrativos de psicoterapia (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004; Dubordieu, 2008) argumentan que los tratamientos deben involucrar componentes bio-psico-sociales y las técnicas que han demostrado efectividad. El modelo ecuatoriano de psicoterapia integrativa (Balarezo, 2010) enfatiza el estudio de la personalidad para profundizar el análisis de la patología, de esa manera se evidenció una relación entre el tipo de personalidad y el nivel de depresión.

Es así que en el presente estudio se encontró que todas las dimensiones de personalidad analizadas en los adolescentes con depresión grave presentaban diferencias significativas respecto de quienes poseían leves indicios depresivos. Es decir, existe propensión a la elevados niveles de introversión, neuroticismo ($p < 0,000$) y psicoticismo ($p < 0,000$) y baja deseabilidad social ($p < 0,000$). De ese modo, los adolescentes cuya depresión es grave demuestran un patrón de comportamiento caracterizado por la exacerbación de dimensión neuroticismo, manifestada por la tendencia a la inestabilidad emocional, depresión y ansiedad, más que todo en el caso de las mujeres tal como lo indican estudios de Gaviria *et al* (2009) y Walters & Sutton (2010).

Se establece, por otro lado, la propensión a la introversión neuroticismo y psicoticismo caracterizados por baja capacidad de relacionamiento interpersonal, impulsividad y frialdad afectivas. De ello se deduce que sus estrategias de afrontamiento no son suficientes para afrontar las exigencias del entorno, lo que provocaría alteraciones bruscas de su comportamiento debido a la falta de asertividad que de ello deviene.

Cuando se analizaron las diferencias de personalidad entre los adolescentes con y sin riesgo suicida se evidenciaron resultados semejantes. De acuerdo con esta información la personalidad de los jóvenes con riesgo autolítico presenta niveles superiores en cuanto a neuroticismo, existe una asociación negativa con el factor extroversión y una asociación positiva con psicoticismo. La impulsividad se presenta, entonces, una vez más en este panorama.

Estos resultados se apoyan varias investigaciones (Lolas, 1991; Cosullo *et al.*, 2004; y Cisneros, 2009) que afirman que el perfil de personalidad de un individuo puede predisponer al mantenimiento de la depresión y la ideación suicida; enfatizan la relación estrecha entre los siguientes características de la personalidad: impulsividad, tendencia a la reserva, baja tolerancia a la frustración y conformidad social exageradas.

Adicionalmente, se confirma la asociación entre neuroticismo ($p < 0,000$), psicoticismo ($p < 0,003$), deseabilidad social ($p < 0,002$) y riesgo de suicidio. De hecho, la impulsividad e inestabilidad emocionales correlacionan directamente con el riesgo suicida tal como lo aseguran Lolas (1991) y Walters & Sutton (2010). De este modo, los adolescentes que presentan estilos de afrontamiento inmaduros caracterizados por falta de asertividad, empatía y habilidades sociales podrían dejar de interesarse por sus necesidades a costa del beneficio del otro, lo cual podrá devenir en sentimientos depresivos y frustración (Greydanus, 2007; Weiling & Miao, 2009).

Millon (1996) ha señalado la necesidad de identificar factores de comorbilidad por su repercusión en el desarrollo de la patología evaluada, porque de ello depende su manejo clínico. Por otra parte, no deja de ser importante analizar cuáles son los factores de la personalidad que protegen al individuo y se convierten en agentes que permiten una adecuada interrelación con el entorno.

Esta información resulta de importancia dado que en la adolescencia la personalidad se encuentra en un proceso de consolidación; según este panorama aún se puede intervenir para evitar patrones disfuncionales de la personalidad que predispongan a la depresión y la mantengan. La personalidad, una vez establecida, puede modificarse; esto determina que la psicoterapia sí puede desarrollar cambios positivos que permitan un adecuado desenvolvimiento; y es en la adolescencia cuando existe mayor flexibilidad y facilidad de tratamiento (Roberts y Walton, 2006), momento idóneo, además, para facilitar las herramientas necesarias para enfrentar este problema.

Los procesos psicoterapéuticos, entonces, deben ser holísticos, equilibrados, apegados a las normativas éticas. Las estadísticas de depresión y riesgo suicida son alarmantes, en la

actualidad. Por ello se hace imprescindible elaborar protocolos de investigación, identificación de prevalencia, abordaje y seguimiento, a través del apoyo multidisciplinario.

Se recomienda para posteriores estudios, ampliar las muestras e identificar las características familiares y socioculturales de los jóvenes, sin dejar de lado el análisis de los factores de la personalidad. Por tanto, los procesos de diagnóstico y corroboración de datos son imprescindibles, primero para determinar falsos positivos y segundo para intervenir en los casos prioritarios. Para Balarezo (2010), tratamientos fundamentados en la personalidad ofrecen cambios duraderos con menor cantidad de recidivas.

Es determinante el diagnóstico preciso y oportuno, dado que en la adolescencia este trastorno se manifiesta de modo muy variable, lo que puede entorpecer su identificación y tratamiento. Esto evita el elevado reduccionismo que puede provocar prácticas iatrogénicas.

Agradecimientos: al Máster Walter Auquilla, por facilitar el desarrollo de esta investigación; al Eco. Manuel Freire y María Elena Cazar PhD, por la asesoría estadística; a la Universidad del Azuay por la concesión de la beca de Maestría que me ha permitido continuar con mi formación profesional; a mis padres, por su aliento.

Referencias bibliográficas

Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*. Quito-Ecuador: Unigraf

BBC (2009/09/2). *La depresión, una crisis global*. Disponible en: http://www.bbc.co.uk/mundo/ciencia_tecnologia/2009/09/090902_depresion_oms_men.shtml

Beck, A, Rush, J. *et al* (2003). *Terapia Cognitiva de la Depresión*, 15º Ed, Editorial Desclée De Brower S.A., Bilbao - España.

Casullo, M. (2000). *Concepciones teóricas de T. Millon acerca de los estilos de personalidad*. En Sánchez López, M. y Casullo, M. (comp.). *Estilos de personalidad. Una perspectiva Iberoamericana*. Madrid: Mino y Dávila.

Cisneros, C. (2009). *Suicidio y comorbilidad*; En Martínez, J. Saad, E. Forero, J. *Suicidio una realidad en Latinoamérica*, Ecuador: Glaxo Smith Kline.

- Cobos, M. (2008). *Niveles de Depresión en los adolescentes de la Ciudad de Cuenca*. Tesis de Maestría. Universidad del Azuay, Cuenca- Ecuador.
- Cosullo, M.; Bonaldi, P.; Liporace, M. (2004). *Comportamientos Suicidas en la adolescencia, Morir antes de la muerte*, 2da Ed, Buenos Aires: Argentina Psychiatric Press Inc.
- De la Villa, M; Ruiz, C. (2011). *Desórdenes afectivos, crisis de identidad e ideación suicida en adolescentes*. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 11(1), 33-56. Recuperado de: <http://search.proquest.com/docview/859436056?accountid=36552>
- Diekstra, R., Kienhorst, C. y Wilde, E. (1995). *Suicide and Suicidal Behaviour Among Adolescents*. En M.Rutter y D.J. Smith (Eds.). *Psychosocial Disorders in Young People. Time trends and their causes* (pp. 686-753).
- Dubourdieu M. (2008). *Psicoterapia Integrativa. Pnie: Psiconeuroinmunoendocrinología*. Waslala: Uruguay
- El Mercurio (2013/09/10). *Adolescentes y jóvenes, los que más recurren al suicidio*. Disponible en: <http://www.elmercurio.com.ec/396786-adolescentes-y-jovenes-mas-propensos-a-los-suicidios/#.UnezJnBLOb8>
- Elkind, D. & Bowen, R. (1979). *Imaginary audience behavior in children and adolescents*.
- Erickson, E. (1976). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Paidós
- Eysenck, H. & Eysenck, S. (2008). *Cuestionario revisado de Personalidad de Eysenck versiones completa (EPQ-R) y abreviada (EPQ-RS)*. Madrid: TEA Ediciones
- Fernández-Álvarez H., Opazo R. (2004). *La integración en Psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández-Álvarez, H. (1992) *Evolución de las construcciones*, en H. Fernández-Álvarez, *Fundamentos de un modelo de integración en psicoterapia*, (pp. 177-198). Buenos Aires: Paidós.
- Galindo, J., Martínez, R, García, M, & Ral, J. (2013). *Teoría de la personalidad implícita y explícita de los pacientes con depresión*. Anales de psicología, 29(2), 378-384.
- Gaviria, A., González, A., Palacio, C., García, J., & López, C. (2009). *Factores asociados a la letalidad de intentos de suicidio en sujetos con trastorno depresivo mayor*. Revista colombiana de psiquiatría, 4(38), 3.

- Greydanus D., Calles, Jr. (2007). *Suicide in Children and Adolescents*. Prim Care, vol. 2, n° 34, pp. 259–73.
- Hidalgo, A; Perdomo, I. (11/09/2013). *¿Por qué suceden los suicidios? Colegios de Latacunga toman precauciones*. Cotopaxinoticias.com. Disponible en: <http://www.cotopaxinoticias.com/seccion.aspx?sid=5&nid=13403>
- Ibáñez, M. (1997). *Primeros datos de la versión en castellano del cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQ-R)*. Recuperado desde <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi1/eysenck.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2011) *Ecuador en cifras*. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.com/cifras-inec/main.html?TB_iframe=true&height=530&width=1100
- Larriva, D. (2009). *Prevalencia de ideación suicida y factores asociados en adolescentes de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca*. Tesis de Maestría. Universidad de Cuenca.
- Lolas, F. y otros (1991). *EPQ-R and suicide attempt: the relevance of Psychoticism, Personality and Individual Differences*, (12), 899-902.
- Maalouf, F., Atwi, M., Brent, D. (2011). *Treatment Resistant Depression in Adolescents: Review And Updates On Clinical Management. Depression and Anxiety*, n° 28, pp. 946-954.
- Mead, M. (1990). *Adolescencia y cultura en Samoa*. Barcelona: Paidós Ibérica
- Medina, A. (2012/09/17). *Chunchi prefiere el silencio ante suicidios de niños y jóvenes*. Disponible en: http://www.elcomercio.com.ec/pais/Chunchi-prefiere-silencio-suicidio-jovenes_0_775722483.html.
- Millon, T. y Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T., Antoni, M., Millon, C. y Davis, R. (1997). *Millon Behavioral Medicine Diagnostic*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Muñoz, C. (2009). *Suicidio en adolescentes*; En Martínez, J., Saad, E., Forero, J. *Suicidio una realidad en Latinoamérica*, Ecuador: Glaxo Smith Kline.
- Nardi B., Pannelli G. (1998). *Adolescent depression: How to cope turn oil and self negativity*. *Medicine, Mind and Adolescence*, 13 (1-2).

- Nardi, B. (2004). *La depresión adolescente*. Psicoperspectivas, 3, 95-126. Vol. III Recuperado de: <http://search.proquest.com/docview/872820878?accountid=36552>
- Observatorio de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia (2012). *Datos sobre el Ecuador. Estadísticas de defunción 1998-2008*. Disponible en: <http://www.odna.org.ec/investiga.html>
- Ochoa C. (2013). *Depresión Grave en Adolescentes. Una terapia desde el modelo integrativo*. Cuenca-Ecuador
- Oliva A. (2004). *La adolescencia como riesgo y oportunidad, Infancia y Aprendizaje*, 27, 115-122. Disponible en: <http://personal.us.es/oliva/investigacion.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Temas de adolescencia*. Disponible en: www.who.int.ar/images/.../adolescencia/2012-.pdf
- Ortet Fabregat G., Ibáñez Ribes, M., Moro Ipola M., Silva Moreno, F. (2001). *EPQ-R, Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck*. Madrid: TEA
- Osorio Proaño, S. (7/01/2013). *Suicidios en Cotopaxi se incrementaron en 46,6% en 2012*. Cotopaxinoticias.com Disponible en: <http://www.cotopaxinoticias.com/seccion.aspx?sid=5&nid=10391>
- Piaget J. (1999). *La psicología de la inteligencia*. Barcelona: Crítica
- Plutchik R., van Praag H.M., Conte H.R., Picard S. (1994). *Correlates of suicide and Violence Risk1: The Suicide Risk Measure*. *Comprehensive Psychiatry*; 30(4): 296-302
- Sánchez, R. M. (2012). *El cerebro es maleable*. *Uciencia: revista de divulgación científica de la Universidad de Málaga*, (9), 4.
- Santrock, J. W. (2006). *Psicología del Desarrollo: El ciclo vital (10 ed.)*. Madrid, España: McGraw –Hill/Interamericana de España.
- Stankovic Z, Saula-Marojevic B, Potrevic A. (2006). *Personality profile of depressive patients with a history of suicide attempts*. *Psychiatra Danubina*; 18: 159-168
- Steele M, Doey T. (2007). *Suicidal Behavior in children and adolescents. Part 1: Etiology and Risk Factors*. *Can J Psychiatry*, n° 52 (6 Suppl 1), pp. 21 S- 33.
- Tamas Z. (2005). *Depression and Suicidal Behavior*. *Crisis*, n° 23, pp. 34 – 5.

- Unicef (2002). *Adolescencia. Una etapa fundamental*. Nueva York
- Unicef (2011). *Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en Ecuador 1990-2011*. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/media_23400.htm.
- Vásquez, F. (2009). *Factores de riesgo y protectores en el suicidio*; En Martínez, J. Saad, E. Forero, J. *Suicidio una realidad en Latinoamérica*, Ecuador: Glaxo Smith Kline
- Vijay, E. (2013). *Depresión en los Adolescentes: Diagnóstico y Elaboración de una Propuesta desde el Modelo Integrativo*. Tesis. Psicología Clínica. Universidad del Azuay. Cuenca. 2012. 147 p.
- Walters, A. & Sutton, J. (2010). *Neuroticism as a common dimension in the internalizing disorders*. *Psychological Medicine*, 0, 1125- 1136.
- Weiling, W. & Miao, D. (2009). *The relationships among coping styles, personality traits and mental health of chinese medical students*. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 37(2), 163-172
- Weisz J., McCarty C., Valery S. (2006). *Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: A Meta – Analysis*. *Psycho Bull*, vol 1. N° 132, pp, 132 – 49.

Índice de Ilustraciones y Cuadros

ABSTRACT

Due to the fact that depression is a mental health problem (WHO, 2012), the aim of this study was to identify personality traits in adolescents with mild and severe depression through a cross-sectional descriptive study and an ANOVA type correlation analysis. The diagnosis was made in 612 participants aged 15 to 19 by using the Casullo scale. The Eysenk test was used to assess personality, and the Plutchik Test to identify associated suicidal risk. The results indicate that 23% have severe levels of depression, 49% moderate and 26% mild. By analyzing the level of depression with the personality, the results showed that in severe depression there was a significant relationship with introversion ($p < 0.000$); high neuroticism ($p < 0.000$), high psychoticism ($p < 0.000$), and low social desirability ($p < 0.023$). Finally, 50% of adolescents with severe depression have a high suicide risk. These results are expected to elucidate new ways to treat this condition.

Keywords: Adolescence, depression, personality traits, suicidal risk.

Figura 1: Distribución de los síntomas depresivos en los adolescentes.....	10
Tabla 1: Distribución de los niveles de depresión.....	10
Tabla 2: Relación entre las dimensiones de personalidad y sexo de los adolescentes.....	11
Tabla 3: Relación entre las dimensiones de personalidad y el diagnóstico de depresión.....	12
Tabla 4: Relación entre depresión grave y riesgo suicida.....	12
Tabla 5: Relación entre el riesgo suicida y sexo	13
Tabla 6: Relación entre el riesgo suicida y sexo.....	13