



PONTIFICIA **UNIVERSIDAD CATÓLICA** DEL PERÚ

Esta obra ha sido publicada bajo la licencia Creative Commons
Reconocimiento-No comercial-Compartir bajo la misma licencia 2.5 Perú.

Para ver una copia de dicha licencia, visite
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>





PONTIFICIA
**UNIVERSIDAD
CATÓLICA**
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**REPRESENTACIONES MENTALES DEL SELF EN UN GRUPO
DE PACIENTES CON DEPRESION MAYOR**

TESIS

Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología
con mención en Psicología Clínica que presenta el Bachiller:

ERIK ANTONIO ROMERO NUÑEZ

(DORIS ARGUMEDO)

LIMA-PERU

2010



El se ve a si mismo como alguien a quien los dioses odian y persiguen con su furia. Lo peor aun está por venir, pero no se atreve a emplear ningún medio para evitar o remediar tal mal, no vaya a ser que se le encuentre oponiéndose a los dioses. El medico, el amigo consolador, son alejados "Dejadme-dice el desgraciado- que yo, el impío, el maldito, odiado por los dioses, sufra el castigo que me corresponde". Se sienta apartado, envuelto en harapos. De tanto en tanto se retuerce, desnudo, en la inmundicia, confesando algún pecado. Ha comido o bebido algo engañoso. Ha seguido un camino desaprobado por el Ser Supremo. Los festivales en honor de los dioses no le producen ningún placer sino más bien miedo, quizás terror.

Plutarco, Siglo II D.C.





Agradecimientos

Al Dr. Sidney Blatt, por el tiempo brindado para reunirnos, por sus valiosos comentarios y reflexiones, pero sobre todo, por sus ánimos para continuar en el camino de la investigación en psicoanálisis.

A Doris Argumedo, por haberme presentado el fascinante mundo de la Investigación Psicoanalítica, por su orientación, su rigurosidad, su exigencia y toda su confianza.

A mis Papás, por todo su amor, apoyo, preocupación e interés a lo largo de todo este proceso, por creer en mí y en este proyecto, y animarme a llevarlo lo más lejos posible.

A mi abuelita Queca y mi abuelito Beto, por contagiarme de curiosidad por escuchar aquello que las personas tienen por contar, y por mostrarme que todos tienen (tenemos) alguna historia por compartir.

A mi abuelito Pepe y mi abuelita Puri, por tomarse con toda la seriedad del mundo todos mis proyectos, por más ingenuos que hayan sido.

A Daphne, por acompañarme con su cariño y compartir conmigo esta etapa de cambios, desvelos, sueños y expectativas.

A todas las personas, psicólogos y amigos, que me ayudaron en el arduo proceso de conseguir personas para la muestra.

Pero sobre todo, a los entrevistados, pacientes o no pacientes, por permitirme acceder a su subjetividad y compartir conmigo uno de los lugares más íntimos y vulnerables de su mundo interno.





RESUMEN

Representaciones Mentales del Self en un grupo de pacientes con Depresión Mayor

La presente investigación tuvo como objetivo describir las características del sentido del Self en un grupo de pacientes mujeres con Depresión Mayor. Con dicho fin, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck-Segunda Edición (BDI-II) y se obtuvieron descripciones del Self de 25 pacientes con depresión mayor y 25 no pacientes que tenían entre 20 y 40 años. Las descripciones fueron calificadas con la Entrevista de Evaluación de las Descripciones del Self, encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos en las seis escalas que componen la Entrevista (Modo de Descripción, Capacidad de Relación, Variables Cognitivas, Mirada del Self, Variables del Desarrollo y Variables Afectivas), así como en la Longitud de las descripciones. Además, se hallaron distinciones significativas al interior del grupo de pacientes de acuerdo a variables clínicas y sociodemográficas relevantes.

Palabras clave: Depresión Mayor, Representación Mental, Self

ABSTRACT

Self Representations in a group of Major Depression patients

The aim of this study was to describe the Sense of Self in a sample of patients with Major Depression. Two groups of women conformed by 25 patients and 25 non-patients between 20 and 40 years old were assessed using the Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) and their Self-descriptions were obtained. The Assessment of Self Descriptions showed significant differences in the 6 categories it describes (Modes of Description, Sense of Relatedness, Cognitive Variables, Self-View, Developmental Variables and Affective Variables), as well as in the Length of the description. Significant differences were also found within the patients group in terms of relevant sociodemographic and clinical variables.

Key Words: Major Depression, Mental Representation, Self



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	i
CAPÍTULO I: Representaciones del Self en pacientes depresivos	1
Trastornos Depresivos: Clasificaciones Psiquiátricas	1
Críticas y propuestas al modelo actual	3
Aproximaciones fenomenológicas: El lugar del Self en la depresión	9
Planteamiento del Problema	16
Objetivos de Estudio	18
Objetivo General	18
Objetivos Específicos	18
CAPÍTULO II: Metodología	19
Tipo y Diseño de Investigación	19
Participantes	19
Características de la muestra clínica	20
Instrumentos	21
Ficha de Datos	21
Entrevista de Evaluación de las descripciones del Self	22
Inventario de Depresión de Beck-Segunda Edición (IDB-II)	25
Procedimiento	31
CAPITULO III: RESULTADOS	33
CAPITULO IV: DISCUSIÓN	45
REFERENCIAS	
ANEXOS	



INTRODUCCION

El término depresión es utilizado para designar una amplia variedad de condiciones emocionales que van desde las sensaciones de tristeza o un cierto descenso en el nivel de ánimo cotidiano, hasta la configuración de una entidad clínica de gravedad considerable, que puede ir acompañada de diferentes síntomas psicológicos y fisiológicos, perturbando el funcionamiento de las personas en diferentes ámbitos.

Su registro dentro de la historia de la humanidad data de los escritos de diversos pensadores griegos entre el siglo cuarto y segundo antes de Cristo, en que Hipócrates y Plutarco describían vívidamente cuadros de “melancolía” aludiendo a síntomas sorprendentemente similares a los que se encuentran en las descripciones de las clasificaciones psiquiátricas actuales sobre la depresión (Beck & 2009).

Hablando propiamente de la depresión como trastorno psiquiátrico, la prevalencia y el riesgo potencial para el bienestar que este supone es considerable. La OMS (WHO, 2001) ubica a los trastornos depresivos como los trastornos de mentales de mayor prevalencia en el mundo, estimando que al menos un 10% de la población global padecen de ella y que para el 2020 será la segunda causa a nivel mundial de discapacidad laboral. A nivel local, los datos que presentan los Estudios Epidemiológicos en Salud Mental con población adulta en las zonas de Lima Metropolitana y Callao (IESMHDDN, 2002) y en la región de la Sierra (IESMHDDN, 2003) señalan a la Depresión Mayor y la Distimia como el segundo tipo de trastornos más común, presentando niveles de prevalencia de vida de 19,0% en Lima y Callao y 17% en la Sierra, prevalencia de seis meses de 10,6% y 6,0% ,y prevalencia actual del 6,7% y 3,7%.

Sin embargo, a pesar de que esta condición acompaña a la humanidad desde hace más de dos mil años, generando una cantidad inconmensurable de intentos por comprender su naturaleza, etiología y desarrollar estrategias de abordaje, continúa siendo una de las entidades clínicas más desafiantes y desconcertantes para los profesionales de la Salud Mental.

La consideración de los trastornos depresivos desde la perspectiva ateorico-descriptiva del DSM-IV-TR ha sido considerada insuficiente por diversos investigadores (Rehm, Wagner & Ivens-Tyndal, 2001; Stefanis & Stefanis, 2001; Bebbington, 2004; Blatt & Luyten, 2007) y cuestionada principalmente en términos de la heterogeneidad que estos presentan en cuanto a presentación clínica, curso y

pronóstico, así como respecto a los altos niveles de comorbilidad y la imprecisión de los límites externos de dicho diagnóstico.

Frente a este panorama, en los últimos años han surgido perspectivas fenomenológicas de investigación clínica desde el modelo cognitivo y psicodinámico que consideran al Self, aspecto nuclear de la experiencia de subjetividad, como punto de partida para la comprensión de este tipo de alteraciones (Blatt & Bers, 1993).

Desde la psicología cognitiva, se señala como una característica central del procesamiento en pacientes depresivos el sesgo hacia información autoreferencial de carácter negativo (Bieling & Segal, 2004; Rehm, Wagner & Ivens-Tyndal, 2001), haciéndose referencia a un estilo atribucional depresivo, caracterizado por inferencias negativas referidas al Self ante eventos perjudiciales (Abramson, Seligman, & Teasdale; 1978, Abramson, Metalsky & Alloy, 1989) y a cogniciones negativas acerca del Self que ocurren a distintos niveles de generalidad y accesibilidad, dados por pensamientos automáticos negativos acerca de sí mismo (Beck 1967, Beck & Kovacs, 1978) premisas que menoscaban el sentido de valor del Self y esquemas depresogénicos que contendrían representaciones abstractas altamente negativas y punitivas sobre algún aspecto de la representación de sí mismo (Segal & Muran, 1993).

Desde la perspectiva psicodinámica, de acuerdo al modelo de Sydney Blatt, la depresión implicaría que si bien se encuentran plenamente consolidadas tanto la constancia libidinal y de límites como la constancia evocativa y del self, existen perturbaciones particulares en la integración de las estructuras representacionales del self y de los otros (Blatt & Auerbach, 2000; Blatt & Schiman, 1983), encontrándose distorsiones fundamentales a nivel del sí mismo que atraviesan sus tres dimensiones básicas de afectividad, intencionalidad y reflexividad (Blatt & Bers, 1993).

El modelo de comprensión del psiquismo y del desarrollo de la psicopatología que propone este autor, así como los instrumentos de investigación empírica que propone han demostrado ser de gran utilidad para explorar conceptos psicoanalíticos como las representaciones del self en individuos con diversos cuadros psicopatológicos y establecer diferencias sutiles respecto a la forma en que se organiza el Self en diferentes entidades clínicas.

La presente investigación se propone profundizar en la comprensión de los trastornos depresivos a partir de la lectura de dichos cuadros desde la psicología del self y el modelo de Blatt, siguiendo la propuesta del autor de explorar las representaciones del self en este tipo de trastornos con la finalidad de alcanzar una perspectiva más cercana de la experiencia subjetiva que caracteriza a este cuadro.

Este esfuerzo, a su vez, contribuirá a la planificación de lineamientos de intervención más pertinentes en nuestro medio.

Por otro lado, la aplicación de la Entrevista de Evaluación de las descripciones del Self permitirá extender el uso de dicho instrumento a una de las muestras clínicas de mayor prevalencia en la consulta psiquiátrica y psicológica actual, reafirmando su valor en términos de precisión y sutileza para capturar diversos aspectos de la manera particular en que se articulan las representaciones mentales del self en procesos psicopatológicos como la depresión. Así mismo, contribuirá a corroborar las cualidades que su versión peruana (Argumedo y Gabilondo, 2008) ha demostrado en términos del alto nivel de sensibilidad para capturar las características discursivas de nuestra población y aprehender el aspecto representacional de la construcción del self en sujetos de nuestro medio.

Con tal finalidad, en el primer capítulo se ha desarrollado el marco teórico donde se exponen las principales ideas relativas a los trastornos depresivos. En primer lugar se presentan los aspectos descriptivos que incluyen la definición, prevalencia y clasificación diagnóstica, así como las principales críticas, cuestionamientos y propuestas que se dan en torno a esta. Posteriormente, se desarrollan las principales ideas acerca del papel de las representaciones mentales de self en la depresión desde la psicología cognitiva para luego introducir el modelo psicopatológico de Blatt y la explicación que se propone desde este para comprender los trastornos depresivos.

En los capítulos posteriores se detalla la metodología utilizada y los resultados, para finalmente presentar la discusión a partir de los datos estadísticos pertinentes y la base teórica señalada.



CAPITULO I

Representaciones del Self en pacientes depresivos

Trastornos depresivos: Clasificaciones psiquiátricas

Las principales clasificaciones de diagnóstico psiquiátrico, el DSM-IV-TR (APA, 2002) y el CIE-10 (OMS, 1992), consideran a los trastornos depresivos como trastornos del estado de ánimo o trastornos afectivos, diferenciándolos del otro subgrupo de alteraciones afectivas, el de los trastornos bipolares, en base a la ausencia de episodios maníacos o hipomaniacos, distinción apoyada por la investigación en torno a aspectos genéticos y biológicos, así como de respuesta farmacológica y terapéutica que definen a los desordenes depresivos como entidades clínicas distintas (Rehm, Wagner & Ivens-Tyndal, 2001).

Desde ambas clasificaciones, los criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo implican la presencia de ánimo depresivo y/o anhedonia por un periodo mínimo de dos semanas, acompañada de alteraciones a nivel del sueño, el apetito, peso, nivel de actividad motora y energía, así como aspectos cognitivos. Las alteraciones a nivel cognitivo pueden comprender alteraciones tanto en cuanto a las capacidades básicas y superiores, como en cuanto al estilo cognitivo. El estilo cognitivo depresivo estaría dado por ciertos aspectos específicos de forma (rumiación) y contenido (sentimientos de inferioridad, inutilidad, culpa excesiva). Así mismo, estas alteraciones deben implicar un nivel de malestar clínicamente significativo o perturbaciones en ámbitos significativos de funcionamiento de la persona. (Rehm, Wagner & Ivens-Tyndal, 2001)

Sin embargo, Bebbington (2004) señala que si bien ambos sistemas de clasificación coinciden en cuanto a las áreas en que se presenta la sintomatología depresiva, existirían diferencias en cuanto al nivel de rigurosidad de los requerimientos para el diagnóstico, siendo los criterios del CIE-10 menos exigentes. Esta formulación parte de los resultados de un estudio en el que se comparó el diagnóstico que recibirían distintos expedientes de pacientes psiquiátricos según el sistema de clasificación utilizado, donde se encontró que un mayor número de pacientes diagnosticados con depresión según el CIE-10 habrían sido no diagnosticados usando el DSM-IV-TR.

Por otro lado, ambas formas de clasificación proponen diversos especificadores que hacen referencia a estimaciones respecto a la gravedad del trastorno (leve, moderado, grave) y a la presencia de determinados tipos de síntomas adicionales (psicóticos o somáticos en el CIE-10, y psicóticos, melancólicos o catatónicos en el DSM-IV-TR). Así mismo, el DSM-IV-TR (APA, 2002) propone un especificador para aquellos episodios de inicio en el periodo postparto, mientras que el CIE-10 (OMS, 1992) incluye especificadores que consideran presunciones etiológicas (psicógena y reactiva).

En términos de prevalencia, la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2001) estima que alrededor del 10% de la población mundial padece de alguna forma clínica de depresión y se calcula que en promedio este trastorno genera el equivalente a 4,4 años de discapacidad laboral en los individuos afectados, por lo cual es considerado un problema significativo de salud pública. En el 2001, la OMS los ubicaba en el cuarto lugar de la escala de enfermedades que producen discapacidad en la población y se pronostica que para el año 2020 habrá alcanzado el segundo lugar en dicha clasificación.

En nuestro medio, el Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi" ha realizado Estudios Epidemiológicos en Salud Mental con población adulta en las zonas de Lima Metropolitana y Callao (IESMHDDN, 2002) y en la región de la Sierra (IESMHDDN, 2003). Para ambos territorios, se señala que, como grupo, los trastornos depresivos (Depresión mayor y Distimia) serían el segundo tipo de trastornos más común, luego de los trastornos de ansiedad, presentando niveles de prevalencia de vida de 19,0% en Lima y Callao y 17% en la Sierra, prevalencia de seis meses de 10,6% y 6,0% ,y prevalencia actual del 6,7% y 3,7%. Así mismo, de manera específica, en Lima y Callao el trastorno psiquiátrico más frecuente sería la depresión mayor, con una prevalencia de vida, de seis meses y actual de 18,2%, 9,5% y 6,6% respectivamente. Por otro lado, en la región de la Sierra se consigna al episodio depresivo como trastorno psiquiátrico más frecuente con niveles de prevalencia de vida de 16,2%, de seis meses de 5,3% y actual de 3,5%. Sin embargo, las medidas para esta región incluyen además una medida de prevalencia anual, calculada alrededor de 7,2 para los episodios depresivos, ubicándose en el segundo lugar luego de los trastornos de consumo de sustancias.

En cuanto al nivel de recurrencia, si bien no se cuenta con estudios que aborden dicho tema a nivel local, cifras referentes a la población norteamericana indican que este sería bastante elevado en el caso de los trastornos depresivos. Boland y Keller (2008) señalan que aproximadamente el 75% de pacientes con

depresión mayor presentan más de un episodio depresivo y sufren de recaídas en un periodo de dos años. Así mismo, entre un 10% y 25% de los pacientes que presentan un episodio depresivo manifiestan una afección depresiva de forma crónica (de al menos 2 años sin remisión), ya sea distimia o depresión mayor crónica.

Críticas y propuestas al modelo actual

La consideración del trastorno depresivo desde la perspectiva ateorico-descriptiva del DSM-IV-TR ha permitido un gran desarrollo en cuanto a investigación empírica al propiciar una definición de depresión susceptible de ser compartida desde diversas perspectivas teóricas, pero resultaría actualmente insuficiente según datos proporcionados por estas mismas investigaciones (Rehm, Wagner & Ivens-Tyndal, 2001; Stefanis & Stefanis, 2001; Bebbington, 2004; Blatt & Luyten, 2007). A continuación se reseñan algunas de las principales críticas a los sistemas de clasificación actuales y las diversas propuestas que estas han suscitado. Estas pueden ser clasificadas en dos grandes grupos, aquellas que abordan el tema de la heterogeneidad de los trastornos depresivos y cuestionan los límites internos de su definición y aquellas que se ocupan de los temas de comorbilidad y cuestionan los límites externos de dicho diagnóstico.

En referencia a los límites internos de la definición de los trastornos depresivos, diversos autores coinciden en señalar que el diagnóstico de depresión mayor sería demasiado amplio e inespecífico debido a que incluye una gran diversidad de condiciones cuya etiología, curso, severidad y presentación clínica es altamente heterogénea (Blatt & Luyten, 2007; Luyten et. al., 2006; Bebbington, 2004; Stefanis & Stefanis, 2001).

Un primer punto de crítica está ligado a la insuficiencia del DSM-IV-TR para dar cuenta de formas de depresión más leves que el trastorno depresivo mayor. De acuerdo a Rapaport (et.al. 2002), la contemplación de formas subsindrómicas de depresión estaría sustentada, ya que presentarían estadísticas similares respecto a la depresión mayor en términos de prevalencia actual (2-5% frente a 6%), prevalencia de vida (10% frente a 15%) y recurrencia (alrededor del 70% para ambos), así como en cuanto al nivel de disfunción social y uso de servicios de cuidado médico que genera.

Al respecto, el DSM-IV-TR incluye dentro de su apartado de posibles cuadros que requieren mayor investigación el "Trastorno Depresivo Menor" (APA, 2002). Este difiere del Trastorno Depresivo Mayor únicamente en establecer un número menor de síntomas requeridos (de 2 a 4) y un nivel menor de deterioro global implicado, manteniendo el mismo criterio de duración y espectro de síntomas potenciales, de manera que podría presentarse incluso con la presencia de los síntomas

neurovegetativos y de ideación suicida, señalados como altamente predictivos de depresión mayor en sujetos con depresión menor (Fogel, Eaton & Ford, 2006). La consideración del mismo espectro de síntomas potenciales iría en contra además de los hallazgos de Rapaport y colaboradores (2002), quienes señalan que estadísticamente los síntomas más frecuentes en los pacientes con depresión menor son los de tipo cognitivo y afectivo, excluyendo los síntomas neurovegetativos por encontrarse en una fracción poco significativa de esta población. Esta línea de investigación respaldaría los cuestionamientos de Pragg (2001), quien crítica que la agrupación de los síntomas potenciales de manera horizontal asume que estos tienen niveles similares de valencia, desconociendo la distinción entre los síntomas que constituyen una expresión directa del sustrato biológico que caracteriza al trastorno, considerados como prototípicos o centrales en la depresión mayor, y los demás síntomas, entendidos como secundarios o derivados de estos.

Por otro lado, diversos autores (Kendler & Gardner, 1998 ; Rapaport, et.al 2002 ; Bebbington, 2004; Forsell, 2007) coinciden en señalar que el problema radica en la conceptualización de la depresión como una variable discreta, que establece una distinción categórica entre patología y normalidad, señalando que esto se debería más a una convención impuesta que a la realidad empírica, la cual sugiere la presencia de un continuo de sintomatología depresiva con niveles variables de duración e intensidad. Desde esta perspectiva, se critica que tanto en términos de duración como de número de síntomas, el criterio de corte mínimo para establecer el diagnóstico de depresión mayor sería arbitrario pues no habrían diferencias cualitativamente significativas entre los cuadros depresivos que no alcanzan estos criterios y los que si lo hacen. Esta percepción es apoyado por evidencia empírica proveniente de estudios de seguimiento longitudinal (Forsell, 2007; Judd,et.al.,1998), que señalan que un alto índice de pacientes depresivos fluctúan a lo largo del tiempo entre el diagnóstico de depresión mayor, distimia, depresión menor y otras formas subsindrómicas, así como de estudios prospectivos y de seguimiento que señalan que el padecer de depresión menor (Fogel, Eaton & Ford, 2006) o de otras formas de depresión subsindrómica (Kendler & Gardner 1998), tiene un alto índice de validez predictiva respecto a la posibilidad de desarrollar un trastorno depresivo mayor en el futuro.

Otro punto de discusión está ligado a la relación entre el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor. Rehm, Wagner y Ivens-Tyndal (2001) señalan que la distinción entre ambos trastornos es compleja, dado que ambos diagnósticos pueden ser establecidos de forma simultánea, dando lugar al diagnóstico de depresión doble bajo la consideración de que se trata de entidades clínicas distintas, lo cual actualmente es objeto de discusión. Diversos autores (Klein & Santiago, 2003, Riso,

Maduxx & Santorelli, 2007), plantean que sería más pertinente considerar a la depresión mayor y al trastorno distímico como parte de un mismo trastorno con formas de manifestación crónicas y agudas. Esta formulación sería compatible con los hallazgos de diversas investigaciones en torno a la comorbilidad del trastorno distímico y la depresión mayor, los cuales señalan que un porcentaje de 75% de pacientes con distimia presentan un episodio depresivo mayor (Keller & Hanks, 1995), mientras que un 26% de pacientes con depresión mayor presentan como antecedente el diagnóstico de distimia (Keller & Shapiro, 1982). En esta misma línea, diversos estudios señalan que el diagnóstico que recibirían un alto número de pacientes depresivos fluctúa a lo largo del tiempo entre depresión mayor y distimia y plantean que en general la presencia de un cuadro distímico constituiría un factor de riesgo para el desarrollo de depresión mayor (Forsell, 2007; Judd, et.al.,1998; Klein, Schwartz, Rose & Leader, 2000).

Por otro lado, la validez de la distinción que plantea el DSM-IV-TR (APA, 2002) entre el trastorno distímico y la depresión mayor se vería cuestionada tanto por los hallazgos de McCulloch (2001), quien señala que existirían similitudes entre pacientes con depresión mayor crónica y depresión doble en términos de historia familiar de trastornos del estado de ánimo, comorbilidad con otros trastornos, disfunción social y respuesta al tratamiento farmacológico, como por investigaciones de Lizardi (et al, 1995), quien señala que tanto en pacientes con distimia como en pacientes con depresión mayor existen índices similares de historia de abuso sexual y físico en contraste con un grupo control de sujetos sin depresión clínica.

Por otra parte, dado que alude a una alteración relativamente estable y duradera (al menos de dos años), el trastorno distímico nos remite al ámbito de las formas caracterológicas de depresión, siendo considerado previamente dentro de la esfera de los trastornos de personalidad (Rehm, Wagner & Ivens-Tyndal; 2001). Si bien actualmente el trastorno distímico es considerado un desorden afectivo, el DSM-IV-TR no descarta por completo la existencia de configuraciones depresivas que ocurran en el campo de los trastornos de personalidad y propone el “Trastorno de personalidad depresiva” como entidad clínica caracterizada fundamentalmente por patrones de conducta y funcionamiento cognitivo típicamente depresivo, la cual requeriría de mayor investigación para ser considerada en el DSM-V (APA, 2002).

La controversia actual giraría en torno a sí el trastorno de personalidad depresivo y la distimia serían lo suficientemente distintas como para ser consideradas entidades clínicas separadas (O'Donohue, Fowler & Lilienfeld, 2007), ya que si bien conceptualmente son constructos distintos, pues el trastorno de personalidad enfatiza un estilo cognitivo-conductual depresivo y deja de lado los síntomas neurovegetativos,

el nivel de correlación entre ambos cuadros aún estaría en discusión. Si bien diversos estudios (Ryder, Bagby, & Schuller, 2002; Irastorza, 2001; Huprich, 2001) han reportado que alrededor de un 50% de casos con el diagnóstico de distimia o de personalidad depresiva recibe ambos diagnósticos, existen posturas encontradas respecto a la interpretación que se debería dar a estas cifras. Una línea de autores (Irastorza, 2001; Huprich, 2001) considera que el nivel moderado de correlación entre ambos trastornos sugiere que se trata de dos cuadros distintos que se superponen y que por lo tanto la investigación debería centrarse en identificar los criterios que se dan con mayor frecuencia en cada uno de estos para diferenciarlos mejor. Sin embargo, desde otra perspectiva (Ryder, Bagby & Schuller, 2002) se señala que dicha evidencia es insuficiente para justificar la inclusión del trastorno de personalidad depresiva en el DSM-V y que las características de personalidad a las que alude esta nomenclatura se verían representadas por otros trastornos de personalidad que suelen presentarse de manera simultánea.

Por otro lado, los altos niveles de comorbilidad de los trastornos depresivos con trastornos del Eje I y el Eje II (Klein, Durban & Shankman, 2008 ; Kessler & Wang, 2008 ; Shea, Widiger & Klein, 1992) han llamado la atención de diversos autores en relación a los límites externos de la conceptualización de los cuadros depresivos.

Si bien la noción de comorbilidad alude a la presencia de dos o más fenómenos que son distintos pero coexisten, Klerman (1990) señala que la falta de conocimiento concluyente acerca de los aspectos etiológicos implicados en los trastornos mentales y la común superposición de los criterios de diversos cuadros impide asumir una distinción categórica entre entidades clínicas concebidas inicialmente como distintas. Considerando el alto nivel de comorbilidad de los trastornos depresivos, un amplio número de investigaciones han sido dirigidas a esclarecer la relación de los trastornos depresivos con aquellos que suelen presentarse de manera simultánea a ellos.

Respecto al índice de comorbilidad con trastornos del Eje I, las cifras nos señalan que los sujetos que presentan algún trastorno depresivo como diagnóstico único serían más bien la excepción a la regla, ya que alrededor de las tres cuartas partes de los sujetos que en algún momento han tenido depresión mayor habría cumplido también los criterios para otro trastorno (Kessler & Wang, 2008). Entre las cifras más saltantes, el 59% habría presentado algún trastorno de ansiedad, el 31% trastornos de control de impulsos y el 24% trastornos por abuso de sustancias (Kessler & Wang, 2008).

Así mismo, se señala que a excepción de los trastornos por abuso de sustancias, por lo general la depresión se habría instalado de forma posterior a la aparición de otro trastorno, siendo el primer trastorno en presentarse únicamente en el

12% de los casos. Ello implicaría que de manera general los sujetos que presentan algún tipo de trastorno psiquiátrico estarían en riesgo de desarrollar un trastorno depresivo. (Kessler & Wang, 2008).

En particular, el alto índice de comorbilidad entre trastornos depresivos y trastornos de ansiedad (Kessler & Wang, 2008; Nemeroff, 2002; Rehm, Wagner & Ivens-Tyndal ; 2001) ha llamado la atención de diversos autores y ha dado lugar tanto a la formulación de nuevas entidades clínicas como al cuestionamiento acerca de la validez discriminativa de ambos tipos de trastornos.

Al respecto, el DSM-IV-TR formula el “Trastorno mixto ansioso-depresivo” (APA, 2002) como entidad clínica potencial que merece mayor investigación empírica con miras a su inclusión en el DSM-V. Este trastorno estaría caracterizado por la presencia de ánimo disfórico persistente o recurrente por un periodo mínimo de un mes, acompañado de una combinación de síntomas típicamente depresivos y ansiosos. Sin embargo, diversos autores (Nemeroff, 2002; Watson, 2005) señalan que la superposición que se encuentra a nivel empírico entre ambos trastornos cuestiona la distinción de los trastornos afectivos y los trastornos ansiosos como entidades clínicas separadas. Para Watson, (2005) la alta comorbilidad se explicaría por la presencia de un factor general de afecto negativo que es compartido por ambos tipos de trastornos. Así, este autor propone redefinir la nomenclatura que caracteriza a los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad, reagrupándolos bajo el título de trastornos emocionales y distinguiendo tres subcategorías: trastornos bipolares, trastornos de estrés y trastornos de temor. Los trastornos depresivos se incluirían dentro de los trastornos de estrés junto con otros trastornos de ansiedad inespecífica que compartirían este factor general de afecto negativo. Esta formulación sería compatible con un dato empírico proveniente del ámbito psiquiátrico; el hecho de que se prescriban fármacos psicotrópicos de forma común para el tratamiento de trastornos depresivos y un amplio espectro de trastornos de ansiedad, lo cual sugiere la presencia de factores patofisiológicos en común (Nemeroff, 2002).

En cuanto a la relación de los trastornos depresivos con trastornos del eje II, es común encontrar altos índices de comorbilidad tanto en pacientes depresivos internados, donde el porcentaje de sujetos que cumplen los criterios para un trastorno de personalidad se encontraría entre el 50 y 85%, como en pacientes de consulta externa, de los cuales entre 20% y 50% cumpliría con dicho diagnóstico (Klein, Durban & Shankman, 2008). Diversos autores (Klein, Durban & Shankman, 2008 ; Shea, Widiger & Klein, 1992) coinciden en señalar que los tipos de trastornos de

personalidad más frecuentes en pacientes depresivos son aquellos pertenecientes a los Clusters B y C. Shea, Widiger y Klein (1992) precisan además que los trastornos del Cluster B, en particular el trastorno borderline y el trastorno histriónico de la personalidad, serían más comunes en pacientes depresivos actuales mientras que los trastornos del Cluster C serían más comunes en pacientes depresivos en remisión.

El alto índice de comorbilidad, además de los cuestionamientos conceptuales que plantea, afectaría además el grado de respuesta al tratamiento. Al respecto, Shea, Widiger y Klein (1992) refieren que diversos estudios señalan de manera consistente que los pacientes depresivos con trastornos de la personalidad tendrían un nivel de respuesta a la medicación antidepresiva mucho menor que aquellos que no tienen un trastorno de personalidad. Sin embargo, las explicaciones proporcionadas para este tipo de fenómenos no pasarían del plano hipotético de acuerdo a Klein, Durban y Shankman (2008), quienes señalan que la determinación del papel específico que juegan los trastornos de personalidad en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos depresivos aún es incierta y requiere de la profundización en torno a los aspectos genéticos y biológicos que subyacen tanto a los trastornos depresivos como a los trastornos de personalidad.

A pesar de lo señalado anteriormente, la relación entre el trastorno Borderline de la personalidad y los trastornos depresivos ha merecido especial atención por parte de la comunidad científica (Shea, Widiger & Klein, 1992) debido al alto índice de comorbilidad entre ambos trastornos y las dificultades implicadas en el diagnóstico diferencial, los cuales han llevado a los investigadores a cuestionarse y replantearse la definición del trastorno borderline de la personalidad, considerándose la posibilidad de que este constituiría un afección predominantemente afectiva que se presenta de manera concomitante o secundaria a un trastorno afectivo (Levy, Edell & McGlashan, 2007). Klein, Durban y Shankman (2008) refieren que si bien una reacción inicial a estas propuestas fue cuestionar que los índices de comorbilidad entre la depresión mayor y el trastorno borderline estarían inflados por la superposición en el contenido de los criterios diagnósticos de afecto disfórico y conducta/ideación suicida, la validez de esta crítica se vería disminuida por la evidencia reciente que señala que aún cuando se excluyen de la muestra utilizada los pacientes que cumplen con estos criterios, el nivel de coexistencia de ambos trastornos no disminuye.

En la actualidad, una visión aceptada consensualmente (Klein, Durban & Shankman, 2008) señala que se trataría de condiciones distintas con influencias etiológicas compartidas, ya que existe evidencia de que habría factores etiológicos únicos o exclusivos para cada trastorno, pues los aspectos centrales del cuadro borderline no responden a medicación antidepresiva y presentarían una baja

prevalencia de síntomas neurovegetativos, lo cual coexiste con datos que sugieren la presencia de factores comunes, como el alto índice de trastornos afectivos en familiares de pacientes borderline sin historia de trastornos afectivos.

Si bien estas precisiones a primera vista contribuyen a una mejor conceptualización del trastorno borderline antes que del trastorno depresivo mayor, la distinción entre aquellas características que tipifican a las experiencias depresivas propias del trastorno borderline y aquellas que caracterizan a la depresión mayor refuerza el planteamiento de Pragg (2001) mencionado previamente, según el cual los síntomas centrales de este trastorno serían aquellos de tipo neurovegetativo.

Aproximaciones fenomenológicas: el lugar del Self en la depresión

Como se ha descrito en el acápite anterior, los trastornos depresivos y sus diversas formas de manifestación clínica estarían representados de manera insuficiente a través de la formulación semiológica de los sistemas de clasificación diagnóstica antes mencionados. Por ello, tanto desde la psicología cognitiva como desde el modelo psicodinámico se han desarrollado líneas de investigación clínica que proponen abordar esta problemática a partir de la exploración fenomenológica de las experiencias implicadas en el desarrollo de esta patología. La aproximación al mundo subjetivo que implica el enfoque fenomenológico propuesto por estas posturas nos lleva al concepto del self o si mismo, como componente nuclear de la experiencia de subjetividad (Blatt & Bers, 1993).

Por una parte tenemos la perspectiva de la psicología cognitiva, postura que enfatiza el papel del procesamiento de la información en el desarrollo de trastornos psicológicos como la depresión. Desde esta perspectiva se sostiene que, en el caso de la depresión, las estructuras significantes que intervienen en la interpretación de los estímulos ambientales estarían selectivamente orientadas a procesar la información negativamente de forma rígida, absoluta y automática como resultado de experiencias tempranas que no están del todo especificadas, generando emociones negativas y conductas problemáticas (Bieling & Segal, 2004; Segal & Muran, 1993; Beck, 1967). Así, un aspecto central del procesamiento en pacientes depresivos sería el sesgo hacia información autoreferencial de carácter negativo en situaciones relevantes para la persona, a través de ciertos tipos de distorsión cognitiva característicos en la depresión como la personalización e inferencia arbitraria de responsabilidad por desenlaces negativos, magnificación de resultados desagradables y minimización de logros y otros aspectos positivos (Bieling & Segal, 2004; Rehm, Wagner & Ivens-Tyndal, 2001).

Este planteamiento es compartido por la teoría de la desesperanza aprendida (Abramson, Seligman, & Teasdale; 1978, Abramson, Metalsky & Alloy, 1989), desde la cual se define un estilo atribucional depresivo, caracterizado por inferencias negativas referidas al self ante eventos perjudiciales, el cual constituiría un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de este trastorno. Sin embargo, a esta postura teórica se le ha cuestionado que el estilo atribucional depresivo sería una característica propia del cuadro ya instalado en lugar de un antecedente o factor de vulnerabilidad (Rehm, Wagner & Ivens-Tyndal, 2001; McCarty, Vander Stoep & McCauley, 2007) y que el enfoque exclusivo sobre el estilo atribucional deja inexplorada la posibilidad de que este sea parte de un estilo de organización del self propiamente depresiva (Segal & Muran, 1993), aspecto que cobra un lugar fundamental en la explicación que hace Beck (1967) de los procesos inherentes a la problemática depresiva.

Desde la teoría de Beck (1967, & Kovacs, 1978) se señala además que las cogniciones negativas ocurren a distintos niveles de generalidad y accesibilidad de la información. En un nivel más superficial y asequible a la consciencia se presenta la triada cognitiva, conjunto de cogniciones de tono negativo y pesimista acerca de uno mismo, el mundo y el futuro que se forma a partir de diversos pensamientos automáticos negativos, los cuales serían los productos cognitivos de las distorsiones del procesamiento antes mencionadas. En el siguiente nivel encontramos creencias intermedias o premisas que menoscaban el sentido de valor del self. Las premisas depresogénicas son directivas irracionales, rígidas y resistentes y se refieren a metas poco realistas. Los tipos de premisas prototípicas en la depresión serían tanto aquellas que condicionan la valía del self al resultado de eventos externos, como aquellas de tipo no contingente donde la autovalía se mantiene baja independientemente de la evidencia externa.

En el nivel más alto de generalización y abstracción encontraríamos los esquemas cognitivos (Beck, 1967, 1978), entendidos como estructuras cognitivas estables que influyen de forma generalizada en los modos de atención, codificación y evaluación del individuo, y a las creencias básicas, cogniciones que representarían el contenido verbal de los esquemas. Ambos tipos de estructuras cognitivas subyacerían a las cogniciones y errores de procesamiento antes mencionados, afectando además los estados afectivos. En el caso de la depresión cobrarían particular importancia los esquemas del self, los cuales contendrían representaciones abstractas altamente negativas y punitivas sobre algún aspecto de la representación de sí mismo (Segal & Muran, 1993). Desde esta perspectiva, los esquemas cognitivos jugarían un rol fundamental tanto en el desarrollo y curso como en la recurrencia y remisión de los procesos depresivos (Riso & McBride, 2007; McBride, Farvolden & Swallow, 2007).

Un aspecto fundamental de los esquemas es que necesitan encontrarse activados para ejercer influencia significativa en el funcionamiento del individuo (Riso & McBride, 2007; McBride, Farvolden & Swallow, 2007; Rehm, Wagner & Ivens-Tyndal, 2001). Los esquemas depresivos se encontrarían en estado latente durante los periodos no sintomáticos y se volverían accesibles al ser activados por eventos estresantes, influyendo en el procesamiento cognitivo del individuo, por lo cual solo serían susceptibles de ser estudiados a través de tareas de procesamiento de información. Riso y McBride (2001) señalan que en investigaciones que utilizan medidas de autoreporte para examinar los esquemas cognitivos de pacientes depresivos se encontró que el nivel de negatividad disminuía con la recuperación sintomática, mientras que en aquellas en que se utiliza tareas de procesamiento de información para examinar actitudes disfuncionales en grupos de pacientes en remisión y no pacientes, si bien ambos grupos presentaban niveles bajos inicialmente, la presencia de este tipo de actitudes aumentaba en los pacientes en remisión luego de una inducción de ánimo triste.

Sin embargo, la investigación reciente en este tema se ha concentrado en la clarificación de las vicisitudes que caracterizan a los procesos cognitivos que juegan un rol en la saliencia y activación de los esquemas depresivos (Segal & Muran, 1993) y en el desarrollo de aproximaciones terapéuticas que abordan estos mecanismos (Riso & McBride, 2007; McBride, Farvolden & Swallow, 2007), en lugar de profundizar en el aspecto representacional del self-depresivo.

Desde la perspectiva psicoanalítica tenemos como figura predominante a Sydney Blatt, autor que ha desarrollado una línea teórica propia con formulaciones respecto al proceso de desarrollo de la personalidad, psicopatología y propuestas terapéuticas con un volumen de respaldo empírico inusuales en el ámbito psicoanalítico. Así mismo, el aporte de este autor resulta valioso por su contribución al establecimiento de puntos de contacto entre diversas corrientes psicológicas, particularmente entre la psicología cognitiva y la perspectiva psicoanalítica, articulando aportes de ambas posturas, en el marco de un modelo intersubjetivista de la mente, a través de los conceptos de self y representación mental. Desde este modelo se confiere a ambos constructores roles fundamentales en el desarrollo del psiquismo y la emergencia de procesos psicopatológicos como la depresión.

Desde el modelo de Blatt, la depresión implica siempre una distorsión fundamental del self, ya sea como expresión del trastorno o a manera de defensa contra la misma (Blatt & Bers, 1993). Para comprender mejor esta formulación es necesario hacer referencia a las nociones de self que plantea este autor y su lugar en el desarrollo de procesos psicopatológicos.

Para Blatt y Bers, (1993), el sentido del self es un constructo bidimensional de orientación fenomenológica entendido como una experiencia de tipo subjetivo a través de la cual tiene lugar la experiencia afectiva (yo siento) y el sentido de agencia e intencionalidad (yo hago), a partir de las cuales se forma la conciencia reflexiva de sí mismo (yo soy).

Desde la perspectiva de estos autores, si bien se trata de una experiencia subjetiva y por tanto individual, el self es entendido como un constructo interpersonal, en la medida que emerge y existe únicamente en un contexto relacional en que se configura simultáneamente como sujeto y objeto de deseo para un otro. De manera primigenia, el surgimiento del self se torna posible gracias a la acción libidinizante de un otro que lo ubica como objeto de deseo, y su constitución subjetiva se hace posible a partir del desplazamiento de la cualidad objetal a los otros externos. El experimentar a sí mismo como objeto del amor y deseo de los padres a través del reconocimiento empático de las necesidades del infante y la aceptación de los gestos y acciones espontáneas de este, funda las bases de la sensación de valía personal y contribuye a la consolidación de la unidad primaria madre-hijo, la cual constituye la condición primaria básica para el desarrollo de la identidad personal. Blatt y Bers (1993) describen al self en esta primera etapa de desarrollo como rudimentario, debido a que las necesidades y afectos que experimenta el infante poseen un alto nivel de desorganización e indiferenciación. Los padres, al responder de forma organizada y coherente a las expresiones espontáneas del infante, dotan de sentido y cohesión a la experiencia afectiva de este y permiten el desarrollo del sentido del self. En el contexto protector del apego, se posibilitaría el compartir las vivencias afectivas y necesidades del niño, así como se le permitiría experimentar sus impulsos y sensaciones como emanantes de sí mismo, a partir de lo cual se establecerían memorias emocionales significativas que constituyen hitos esenciales para el desarrollo del mundo representacional. Estas experiencias formarían la base para la conciencia de las experiencias afectivas y el sentido de agencia, a partir de las cuales se va desarrollando la capacidad reflexiva del self. En un siguiente momento, marcado por la adquisición de los pronombres “yo” “me” y “tu” entre los 22 y 30 meses de edad y su dominio entre los 30 y 36 meses, se consolida la capacidad de distinción respecto a los otros y se establecen representaciones estables y articuladas del self y los objetos. A esta segunda etapa en el desarrollo del self se le conoce como la del self introyectivo, y se caracteriza por un sentido del self exagerado, generándose vaivenes constantes entre valoraciones excesivamente positivas, marcadas por sentimientos de orgullo y autonomía, y valoraciones extremadamente negativas, marcadas por sentimientos de culpa y vergüenza. El desarrollo del self maduro se daría a partir de la

consolidación de la constancia del self hacia el final del proceso de afianzamiento de la identidad que tiene lugar durante la adolescencia y se caracteriza por la adquisición de la noción de separatividad y la mayor conciencia tanto del rol que uno desempeña en las relaciones interpersonales, como de la simultaneidad de la independencia e interdependencia respecto a los objetos.

Desde el modelo Blatt y colaboradores (1990; & Schiman,1983; & Blass, 1992; & Levy, 1998) la evolución del sentido del self antes descrita es parte una línea de desarrollo orientada hacia la formación de una identidad estable, realista y esencialmente positiva, que se da de forma paralela al desarrollo del sentido relacional, orientado al establecimiento de relaciones interpersonales íntimas y satisfactorias. Ambas líneas de desarrollo se desplegarían en una matriz de permanente interacción e influencia recíproca como parte del desarrollo normal de la personalidad.

Blatt y Auerbach (2000) señalan que en el marco de esta experiencia del self en relación los individuos desarrollarían representaciones mentales del self y de los otros, las cuales tienen componentes cognitivos, afectivos y experienciales tanto conscientes como inconscientes que derivan de las experiencias interpersonales tempranas significativas, proporcionando los prototipos que estructuran la forma de sentir y pensar acerca de uno mismo y de los demás. Así mismo, las representaciones reflejan fantasías, impulsos, pulsiones y afectos del individuo y desempeñan la función de regular y dirigir una amplia variedad de conductas en el ámbito interpersonal.

De acuerdo a Blatt y Auerbach (2001), las representaciones mentales se desplegarían como parte de un proceso maduracional normal y como respuesta a las demandas y perturbaciones del entorno, las cuales, cuando son acordes a la capacidad de de acomodación del individuo, promoverían la evolución de la capacidad representacional, derivando en la construcción de estructuras cognitivas afectivas más maduras y dotadas de mayor nivel de simbolismo y abstracción. Como resultado de este proceso de transformación gradual serían cada vez más eficientes al momento de organizar y orientar la conducta interpersonal. Sin embargo, el desarrollo de la capacidad representacional se podría ver comprometido al ocurrir perturbaciones demasiado severas o inapropiadas para la edad del niño, dado que sobrepasarían su capacidad de acomodación a estas.

Siguiendo esta línea, Blatt y Auerbach (2000, 2001) señalan que el nivel de complejidad y diferenciación de las representaciones del self y de los otros, así como el nivel de ajuste de estas ante la realidad consensual refleja el nivel de desarrollo de la organización psíquica. Al respecto Blatt y colaboradores (1990; & Schiman,1983; & Blass, 1992; & Auerbach, 2000) proponen que el nivel de organización psíquica estaría

dado por el nivel de constancia objetal alcanzado. Desde esta perspectiva, tanto la depresión como otros trastornos neuróticos implicarían que si bien se encuentran plenamente consolidadas tanto la constancia libidinal y de límites como la constancia evocativa y del self, existen perturbaciones particulares en la integración de los esquemas del self y de los otros (Blatt & Auerbach, 2000; Blatt & Schiman, 1983).

Así mismo, el desarrollo de procesos psicopatológicos implicaría que alguna de las dos líneas de desarrollo antes mencionados, la del sentido del self y la del sentido relacional, se vería perturbada. Esto conllevaría al desarrollo exagerado de acciones compensatorias en el polo afectado y el descuido y desinterés por el polo opuesto, desestabilizando el equilibrio entre ambas dimensiones e interrumpiendo el proceso constructivo mutuo que se despliega entre estos dos aspectos (Blatt & Schiman, 1983; Blatt, 1990; Blatt & Blass, 1992; Blatt & Levy, 1998).

A partir de esta formulación, Blatt y colaboradores (1990; & Schiman, 1983; & Blass, 1992; & Bers, 1993; & Levy, 1998) proponen la existencia de dos configuraciones primarias de psicopatología según el eje de desarrollo afectado: la anaclítica y la introyectiva. La preocupación predominante en el caso de la primera gira en torno a las relaciones interpersonales y la posibilidad de establecer relaciones cercanas y recibir afecto, mientras que en la segunda la auto valía, el autocontrol, la individuación y autodefinición de la identidad están en juego. En cuanto al control de impulsos, la primera configuración está caracterizada por la presencia de conflictos en torno a los temas afectivo-sexuales, frente a los cuales se despliegan mecanismos de evitación, mientras que en la segunda la modulación de la agresión y el afecto resulta problemática. En términos cognitivos, la configuración anaclítica se caracterizaría por un estilo cognitivo impresionista, basado en afectos e imágenes, procesamiento simultáneo y poco crítico, así como un modo perceptual dependiente de campo, mientras que la configuración introyectiva se distinguiría por el procesamiento secuencial, analítico y crítico, que van de la mano con el modo perceptual independiente de campo.

En el caso particular de los trastornos depresivos, este autor considera pertinente distinguir entre dos subtipos de depresión, los cuales se desarrollarían sobre la base de cada uno de los patrones organizativos o configuraciones básicas de personalidad antes mencionados (& Maroudas, 1992, & Bers, 1993) y estarían asociados con perturbaciones particulares en el proceso de desarrollo temprano. Así, propone la distinción entre experiencias depresivas anaclíticas o dependientes, descritas como una modalidad depresiva organizada en torno a temas de abandono y pérdida, ligada a experiencias tempranas de frustración en la gratificación a nivel interpersonal y fijaciones en el desarrollo del self rudimentario, y, por otro lado,

experiencias depresivas introyectivas o autocuestionadoras (self-critical), modalidad organizada en torno a temas de culpa y odio contra si mismo, relacionada con alteraciones en el desarrollo temprano de una identidad nuclear esencialmente positiva y efectiva, asociada con fijaciones en el desarrollo del self introyectivo (Blatt & Maroudas, 1992; Blatt & Bers, 1993; Winograd, 2007).

La búsqueda de evidencia que sustente empíricamente la existencia de ambas modalidades depresivas y la influencia que ejercen los rasgos de dependencia y autocuestionamiento han dado lugar al desarrollo de múltiples investigaciones, las cuales señalan que según la modalidad depresiva se presentan distinciones marcadas en términos de severidad del trastorno (Luyten, et.al., 2006), siendo esta mayor en los casos de depresión introyectiva, y en cuanto a posibilidad de respuesta al tratamiento farmacológico y terapéutico (Marshall, Zuroff, McBride & Bagby, 2008), siendo esta sustancialmente menor en los pacientes con depresión introyectiva.

Al respecto, Blatt y colaboradores (Levy, 1998; & Luyten, 2007) señalan que de acuerdo al subtipo de depresión presentado, los pacientes evidenciarían distintos tipos de respuesta a determinados enfoques terapéuticos y los diversos aspectos que entran en juego en estos. Se ha reportado (Blatt & Levy, 1998) que los pacientes con depresión anaclítica responderían mejor a las formas de psicoterapia más breves, como la psicoterapia interpersonal y de apoyo, donde el terapeuta cumple roles más activos, y serían particularmente sensibles de forma específica al tono afectivo de las intervenciones del terapeuta debido a su búsqueda constante de respuestas objetales que lo sostengan. Sin embargo, esta formulación ha sido debatida y se ha cuestionado que el tipo de cura que proporciona no sería más que un efecto momentáneo de la satisfacción de los deseos de dependencia que encontraría el paciente en la relación terapéutica. Por otro lado, los pacientes con depresión introyectiva responderían mejor a psicoterapia de orientación psicodinámica a largo plazo, específicamente al aspecto interpretativo de esta debido a su tendencia intelectualizadora y su necesidad de control, dimensiones que además influirían en el establecimiento de la alianza terapéutica, la cual sería particularmente compleja en estos casos debido al matiz paranoide que suelen adquirir las relaciones de este tipo de pacientes.

En general, independientemente del tipo de depresión que experimente el individuo, desde la perspectiva de Blatt y Bers (1993) la depresión implica siempre una distorsión fundamental del self, ya que en ambos casos las tres dimensiones básicas del self, afectiva, intencional y autoreflexiva, se encuentran profundamente afectadas. Sin embargo, el tipo de alteración varía considerablemente según el tipo de configuración subyacente. En cuanto a las dimensiones afectadas, el principal punto de distinción ocurre en torno a la capacidad autoreflexiva. Como hemos señalado, por

definición, la psicopatología ubicada en el polo relacional implica el descuido del desarrollo de la definición de sí mismo, lo cual conlleva una marcada tendencia a la no-reflexividad y poca disposición para asumir responsabilidad por aquello que les ocurre, de manera que sus complicaciones suelen ser atribuidas a su mala suerte o al descuido ajeno. En contraste, uno de los aspectos centrales en la caracterización de la depresión introyectiva tiene que ver con la tendencia al escrutinio constante y obsesivo bajo la premisa básica de que han hecho algo mal. En cuanto al sentido de intencionalidad, los individuos con depresión dependiente tienden a sentirse débiles e inefectivos y a considerar que necesitan de los demás, mientras que los individuos con depresión introyectiva tendrían mayores sentimientos de culpa debido a la convicción de haber hecho las cosas de forma insuficiente o inadecuada. Finalmente, en términos de la experiencia afectiva, la depresión anaclítica está caracterizada por labilidad afectiva y la dependencia de la cualidad de la experiencia afectiva a la presencia y accesibilidad a la gratificación interpersonal inmediata. En contraste, el afecto en la depresión introyectiva sería más pesimista de forma persistente y estable.

Planteamiento del Problema

Como hemos visto anteriormente, los trastornos depresivos se verían insuficientemente representados por las formulaciones semiológicas, frente a lo cual surgen perspectivas fenomenológicas de investigación clínica desde el modelo cognitivo y psicodinámico que consideran al Self, aspecto nuclear de la experiencia de subjetividad, como punto de partida para la comprensión de este tipo de alteraciones (Blatt & Bers, 1993). Desde la psicología cognitiva, se señala como una característica central del procesamiento en pacientes depresivos el sesgo hacia información autoreferencial de carácter negativo (Bieling & Segal, 2004; Rehm, Wagner & Ivens-Tyndal, 2001), haciéndose referencia a un estilo atribucional depresivo, caracterizado por inferencias negativas referidas al Self ante eventos perjudiciales (Abramson, Seligman, & Teasdale; 1978, Abramson, Metalsky & Alloy, 1989) y a cogniciones negativas acerca del Self que ocurren a distintos niveles de generalidad y accesibilidad, dados por pensamientos automáticos negativos acerca de sí mismo (Beck 1967, Beck & Kovacs, 1978) premisas que menoscaban el sentido de valor del Self y esquemas depresogénicos que contendrían representaciones abstractas altamente negativas y punitivas sobre algún aspecto de la representación de sí mismo (Segal & Muran, 1993). Desde la perspectiva psicodinámica, de acuerdo al modelo de Sydney Blatt, la depresión implicaría que si bien se encuentran plenamente consolidadas tanto la constancia libidinal y de límites como la constancia evocativa y del self, existen perturbaciones particulares en la integración de las estructuras

representacionales del self y de los otros (Blatt & Auerbach, 2000; Blatt & Schiman, 1983), encontrándose distorsiones fundamentales a nivel del sí mismo que atraviesan sus tres dimensiones básicas de afectividad, intencionalidad y reflexividad (Blatt & Bers, 1993).

Si bien desde el modelo cognitivo se han utilizado una serie de instrumentos de autoreporte para explorar la naturaleza del self en la depresión, desde esta misma perspectiva se ha reconocido las limitaciones de dicho medio para explorar el contenido verbal del self en periodos no sintomáticos, estudiándose este constructo a través de tareas de procesamiento de la información (Riso y McBride, 2001). Desde el modelo psicodinámico, por otro lado, se considera que el análisis de reportes verbales espontáneos permite no solo establecer el contenido manifiesto de dichas representaciones sino también explorar los aspectos inconscientes implicados (Bers, S., Blatt, S., Sayward, H. & Johnston, R. 1993).

Tomando en cuenta que la aplicación en pacientes depresivos de un método preliminar al instrumento a ser utilizado permitió esclarecer algunas consideraciones básicas en torno a la naturaleza del self en la depresión (Blatt & Bers, 1993), describiéndolo como frío, negativo y pobremente relacionado con otros, la presente investigación estima pertinente utilizar la Entrevista de Evaluación de las Descripciones del Self, recientemente adaptada y traducida en nuestro medio (Argumedo y Gabilondo, 2008), dado que constituye un instrumento susceptible de capturar con un alto nivel de sutileza y precisión una serie de aspectos de la representación del self que serían claves para la comprensión profunda de la manera particular en que se articulan las representaciones mentales en los procesos psicopatológicos como la depresión. Además, se realizaría un aporte a la validez de criterio de la versión peruana, cuya traducción ha demostrado ser lo suficientemente sensible para capturar los aspectos discursivos de nuestra población de manera que permite aprehender adecuadamente el aspecto representacional de la construcción del self en sujetos de nuestro medio.

Considerando la relevancia de una evaluación detallada de las diferentes particularidades del sí mismo en pacientes con depresión en términos del aporte que esta implica en cuanto a una adecuada comprensión del trastorno y planificación de lineamientos de intervención pertinentes, el presente estudio se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo son las representaciones del self en las pacientes con Depresión Mayor entre 25 y 35 años que acuden a un Hospital Psiquiátrico?

Objetivos de Estudio

Objetivo General

Describir las características de las representaciones del self en un grupo de pacientes diagnosticadas con Depresión Mayor

Objetivos Específicos

- 1) Describir las diferencias en las descripciones del self en un grupo de pacientes con Depresión Mayor en contraste con un grupo de comparación de sujetos no pacientes.
- 2) Describir las diferencias en las descripciones del self en una muestra de pacientes con Depresión Mayor de acuerdo a características demográficas y clínicas relevantes.



CAPITULO II

METODOLOGIA

Tipo y diseño de Investigación

La presente investigación es de nivel descriptivo (Hernandez, Fernandez & Baptista, 2006), ya que tiene como objetivo describir, especificar y precisar las dimensiones que adquiere el constructo en cuestión, las representaciones mentales del self, en un grupo de pacientes depresivas. En cuanto al diseño de investigación (Hernandez, Fernandez & Baptista, 2006), el presente estudio es de tipo no experimental, ya que no hay manipulación deliberada de variables y se observa los fenómenos en su presentación natural para luego analizarlos, y transversal descriptivo, ya que se busca explorar las dimensiones del fenómeno en cuestión en dos muestras distintas a través de una recolección de datos en un momento único.

Participantes

El universo de estudio está conformado por las pacientes mujeres diagnosticadas con depresión mayor, que acuden al servicio de consulta externa de un Hospital de Salud Mental de Lima Metropolitana. El tipo de muestreo es no probabilístico, pues se tomó en cuenta a las pacientes a las cuales se tuvo acceso, sin considerar aspectos de representatividad, e intencional ya que se seleccionó a las participantes de acuerdo a un conjunto de criterios relevantes para el estudio (Hernandez, Fernandez & Baptista, 2006).

Se considerará los resultados del Inventario de Depresión de Beck-II, descrito más adelante, para detectar los casos idóneos para el grupo de estudio, cuyo puntaje deberá superar el punto de corte de 14 puntos para establecer Depresión Mayor de acuerdo a los criterios del DSM-IV-TR. Así mismo, dichas pacientes no deberán tener historia de episodios psicóticos, con la finalidad de excluir los casos de depresión con síntomas psicóticos, ya que los trastornos que se desarrollan en el ámbito de la psicosis tendrían organizaciones del self con características específicas que las diferencian como grupo. Por otro lado, las evaluadas deberán haber culminado los estudios secundarios, de manera que el grado de desarrollo intelectual de las personas que integran la muestra posea una cierta homogeneidad y las potenciales diferencias encontradas en las representaciones del self no sean atribuibles a posibles divergencias en el nivel cognitivo.

Para conformar el grupo de comparación se utilizó la técnica de apareo (Hernandez, Fernandez & Baptista, 2006), con la finalidad de establecer un grupo

contraste de igual número compuesto por mujeres que compartían la edad, el distrito de procedencia y el grado de instrucción con el grupo clínico. Para este grupo en particular, se requerirá que no presenten antecedentes de atención psiquiátrica ni alcancen el punto de corte de 14 puntos para establecer el diagnóstico de Depresión Mayor del Inventario de Depresión de Beck-II.

La muestra quedó conformada por 25 pacientes mujeres con el diagnóstico de Depresión Mayor, cuyas características se detallan a continuación.

Características de la muestra clínica

Las pacientes tienen un rango de edad entre 20 y 40 años con una media de 29,16 años ($DE=6,14$). En su mayoría provienen de distritos del cono este de Lima (80%), actualmente trabajan (56%), cuentan con estudios técnicos o superiores (72%) y son solteras (84%). En la Tabla 1 se puede apreciar la distribución de la muestra de acuerdo a estas variables demográficas.

Tabla 1

Distribución de la muestra según variables sociodemográficas

Variable	F	%	Variable	F	%
Procedencia			Grado de Instrucción		
Lima	20	80	Secundaria Completa	7	28
Provincia	5	20	Técnica	9	36
Estado Civil			Superior Incompleta	5	20
Soltera	21	84	Superior Completa	4	16
Casada	4	16	Composición Familiar		
Ocupación			Familia Nuclear de Origen	18	72
Sin Ocupación	6	24	Familia Nuclear Propia	4	16
Estudia	5	20	Sola con Hijos	3	12
Trabaja	14	56			

$n=25$

En cuanto a las variables clínicas, el tiempo de enfermedad va desde 3 meses hasta 22 años, siendo el promedio en la muestra 5,19 años ($DE=6,49$). A su vez, si bien un alto porcentaje de las pacientes (64%) presenta depresión mayor como diagnóstico único, cabe resaltar que un porcentaje considerable (24%) presenta comorbilidad con el trastorno borderline de la personalidad y el 28% ha tenido al menos un intento de suicidio. Se aprecia además que ninguna ha sido hospitalizada, la mayoría no ha recibido psicoterapia (64%), y a todas se les había prescrito medicación, aunque una minoría no la tomaba (8%). En las pacientes que si tomaban

la medicación, el tiempo de esta va de 2 semanas a 24 meses, siendo el promedio en la muestra 5,02 meses (DE=6,39). En la Tabla 2 se observa la distribución de la muestra de acuerdo a algunas variables clínicas importantes.

Tabla 2*Distribución de la muestra según algunas variables clínicas importantes*

Variable	F	%	Variable	F	%
Comorbilidad			Medicacion		
Sin Comorbilidad	16	64	No	2	8
Con Comorbilidad	9	36	Si	23	92
Borderline	6	24	Intervención Psicoterapéutica		
Ansiedad	2	8	No	16	64
Bulimia	1	4	Si	9	36
Intentos de Suicidio			Actualmente	4	16
No	18	72	Previamente	5	20
Si	7	28	Nivel de Depresión según BDI II		
1	4	16	Leve	4	16
2	1	4	Moderada	10	40
3	2	8	Severa	11	44

n=25

Finalmente, se incluyó en el grupo clínico a aquellas pacientes cuyos puntajes en el BDI-II alcanzaron el punto de corte de 14 puntos para establecer el diagnóstico de Depresión Mayor. Los datos estadísticos de las puntuaciones en el BDI-II para cada población se encuentran en la Tabla 3:

Tabla 3*Puntuaciones en el BDI-II según grupo de estudio*

	Grupo ^a			
	Clínico ^b		Comparativo ^c	
	M	DE	M	DE
Nivel de Depresión	27.96	7.40	8.08	3.37

^a n=50^b n=25^c n=25

Instrumentos

Ficha de Datos

Para el presente estudio se confeccionó una ficha de datos (Ver Anexo I) que incluye información demográfica y clínica, cuya recolección a partir de los datos de la Historia Clínica y el reporte directo de su médico tratantes es considerada pertinente debido a la relevancia potencial que tienen dichos aspectos para la comprensión del

constructo a ser estudiado. La Ficha incluye datos sociodemográficos tales como edad, lugar de procedencia, grado de instrucción, composición familiar, estado civil, ocupación, así como datos clínicos tales como presencia de otros trastornos, tiempo de enfermedad, número de hospitalizaciones, asistencia a psicoterapia y tiempo de permanencia en esta, tratamiento farmacológico y tiempo de medicación, presencia de intentos de suicidio y presencia de síntomas psicóticos.

Entrevista de Evaluación de las descripciones del Self

La Entrevista de Evaluación de las Descripciones del Self (Blatt, Bers & Schaffer, 1992), es un método para examinar la descripción espontánea que un individuo brinda de sí mismo ante la consigna “*Describe a ti mismo. Toma cinco minutos como máximo*”. El reporte verbal consecuente es evaluado en base a diecinueve escalas agrupadas en seis categorías (se incluye una adicional para medir la extensión de la descripción), construidas a partir de la identificación de varios aspectos del self en la revisión de la literatura clínica, social y del desarrollo que aborda el tema. Las escalas fueron diseñadas de manera que permitieran a capturar dimensiones importantes de las representaciones del self, comprendiendo un amplio rango de individuos cuya condición abarque desde la psicopatología severa hasta las formas más adaptativas y constructivas de funcionamiento. Una descripción pormenorizada del contenido de cada una de las escalas y categorías puede encontrarse en el Anexo II, así como el Protocolo de Calificación en el Anexo III.

La versión preliminar de este instrumento, denominada Manual de Evaluación de Aspectos Cualitativos y Estructurales de la descripción del Self, fue construida en 1985 a partir de otro instrumento creado en 1981 y revisado en 1988 por Blatt, Chevron, Quinlan, Schaffer y Wein (1988), el cual tenía como finalidad evaluar las descripciones de otros significativos, especialmente figuras parentales y el terapeuta. Esta primera versión fue aplicada en un grupo de estudiantes universitarios, 41 hombres y 46 mujeres, en una investigación acerca del sentido del self en pacientes depresivos, para la cual se obtuvo distintas medidas de validez y confiabilidad. En cuanto a la validez factorial, se realizó un análisis factorial de ejes principales, utilizándose rotaciones Varimax. El análisis arrojó tres factores interpretables con valores propios superiores a la Unidad, Calidez/ Sustento (Warm/Nurturant) con otros, Autoreferencia Positiva y un tercer factor referido al esfuerzo, que explicaban el 36,6%, 12,4% y 10,9% de la varianza respectivamente. En cuanto a la Validez de Criterio por diferenciación de grupos, se encontró que aquellos sujetos que presentaban puntuaciones altas en las escalas de Beck y Zung, así como en el factor de Depresión Autocuestionadora del Cuestionario de Experiencias Depresivas (DEQ) presentaban

un sentido del Self frío, negativo y pobremente relacionado con otros. Por otro lado, se observó que las puntuaciones altas en el factor de depresión dependiente del DEQ correlacionaba, para las mujeres de la muestra, con una visión negativa del Self. En este estudio se halló además niveles aceptables de concordancia entre jueces (superiores a 0,65).

A pesar de la utilidad de esta primera versión del instrumento, se consideró necesario ampliar las escalas de esta versión dado que se estimaba que resultaban poco sensibles para detectar ciertos aspectos que podrían ser centrales en la representación del self que presentarían los pacientes con perturbaciones más severas. Así, con el objetivo diseñar un sistema de clasificación que permitiera explorar con mayor profundidad las dimensiones del sentido del self y el sentido relacional de los sujetos a través de sus representaciones del self, se construyó en 1987 el Manual de Calificación de las descripciones del Self, que contaba con 13 escalas. Este fue utilizada por Bers, Blatt, Sayward y Johnston (1993) en una investigación con 69 adolescentes y adultos jóvenes entre 13 y 28 años, de los cuales 29 eran pacientes psiquiátricos severas y 40 conformaban el grupo de comparación. Para este estudio, dos jueces independientes calificaron las descripciones de si mismo de 40 sujetos, 20 de cada grupo, encontrándose niveles aceptables de confiabilidad inter-jueces (entre 0,62 y 0,93). Respecto a la validez de criterio por diferenciación de grupos, se encontró que las descripciones de los pacientes eran en general más negativas, expresaban mayores sentimientos depresivos, menor sentido de auto eficacia, presentaban un pobre sentido de ambición y relación, usaban menos dimensiones y exhibían niveles de desarrollo cognitivo inferiores. En esta misma investigación se hizo el seguimiento de una paciente, a la cual se aplicó el presente instrumento cada seis meses desde su ingreso durante 19 meses de internamiento y tratamiento intensivo, para luego compararlos con otras medidas independientes de los avances terapéuticos (Reportes Clínicos e Índice de Ajuste Global). Se encontró una alta correlación entre los cambios a nivel de la representación del self y los cambios en cuanto a avances terapéuticos referidos por sus terapeutas y al Índice de Ajuste Global (de 22 a 43), datos que aportarían a la validez convergente del instrumento.

La Entrevista de Evaluación de las Descripciones del Self es una ampliación de dicha versión, desarrollada por Blatt, Bers y Schaffer (1992) y constituye la versión más actualizada de este instrumento. Para su construcción, esta versión del instrumento fue aplicada en una muestra de 171 personas no pacientes, realizándose estudios de confiabilidad inter-jueces con clínicos experimentados y estudiantes de pregrado especialmente entrenados, hallándose niveles altos de correlación entre las

calificaciones (entre 0,74 y 0,99). En la misma muestra, en referencia a la validez de constructo, se realizó un análisis factorial exploratorio que arrojó cinco factores con valores propios superiores a la unidad. Cabe señalar que para este análisis se dejó de lado las variables afectivas (Depresión y Ansiedad) por considerarse que eran aspectos menos estables de las representaciones del self. El primer factor, denominado Agencia incluía las escalas de Autovaloración, Nivel de Definición del Self, Integridad y Grado de Ambición. El segundo factor, nombrado Reflexividad, estuvo compuesto por las escalas de Autorreflexión, Nivel Conceptual, Modo Predominante, Tolerancia a la contradicción y Capacidad de Autocrítica. El tercer factor representaba el nivel de Diferenciación, siendo conformado por las escalas de Solidez, Diferenciación/Integración y Longitud. El cuarto factor reflejaba el aspecto relacional y estuvo integrado por las escalas de Nivel de Relación, Articulación de la Relación, Calidad de la Relación y Equilibrio entre Relación-Definición del Self. El último factor estuvo constituido únicamente por la escala de Relación con el Examinador (Las cifras referentes al porcentaje de varianza explicado por estos factores no es referida por los autores).

Bers, Blatt y Dolinsky (2004) utilizaron este instrumento en un estudio acerca del sentido del Self en pacientes con Anorexia Nervosa, para lo cual se recolectó las descripciones espontáneas del Self en una muestra de 77 mujeres jóvenes entre 14 y 24 años, conformándose grupos de estudio de pacientes con anorexia ($n=15$) y pacientes con diferentes trastornos ($n=15$) y un grupo control no paciente ($n=48$). Este estudio evidenció diferencias entre los sujetos pacientes y no pacientes en términos de un menor sentido de agencia y capacidad de relación, hallándose además que lo que diferenciaba a las pacientes con anorexia de otros pacientes sería una elevada y severa autorreflexión, que se traduce en un escrutinio constante del Self, así como la expresión más abierta de afectos depresivos y ansiosos. La capacidad del instrumento para detectar estas diferencias sutiles entre grupos muy similares aportó significativamente a la validez de criterio por diferenciación de grupos del instrumento. En dicho estudio, además, dos jueces calificaron de modo independiente las descripciones del Self de 20 sujetos y se encontró un nivel aceptable de correspondencia (entre 0.67 y 0.95), lo cual aporta a la confiabilidad entre jueces.

En nuestro medio, este instrumento ha sido traducido y adaptado por Argumedo y Gabilondo (2008), para lo cual se apeló a la supervisión de personas especialistas en psicología y lingüística, así como al autor de la prueba. En primer lugar, se realizó la traducción del manual en inglés al castellano, el cual, además de contener la descripción de las diversas dimensiones de evaluación de las Descripciones del Self, provee un grupo de protocolos que sirven como ejemplo para

la calificación de cada una de las dimensiones. Se requirió un extremo cuidado en la traducción de los protocolos pues, dado que la calificación depende de las narrativas de los sujetos, se debía prestar especial atención para conservar la cualidad del discurso y los términos utilizados por estos en sus auto descripciones y no alterar la lógica de las calificaciones otorgadas. Con la finalidad de contribuir a la validez de contenido de esta adaptación, se evaluaron las definiciones de las dimensiones de las Descripciones del Self, desarrollando precisiones conceptuales en algunas de ellas con el objetivo de mejorar su comprensión. Se aplicó la entrevista a un grupo de 40 personas, 20 sujetos clínicos y 20 no clínicos, y se confirmó que el universo de discurso de las autodescripciones podía ser calificado a partir de las dimensiones propuestas. Adicionalmente, se estudiaron las escalas de calificación de cada dimensión, requiriéndose explicitar de manera más clara los criterios de puntuación en algunas de ellas. Se seleccionaron algunos protocolos de modo que pudieran incluirse en el manual ejemplos de calificación que representen el estilo discursivo de nuestra población.

Dicha adaptación fue utilizada por Gabilondo (2009) en un estudio acerca de las representaciones mentales del self en una muestra de pacientes con bulimia nervosa ($n=20$) y un grupo control no paciente ($n=20$). En dicha investigación, se encontraron diferencias significativas entre el grupo de pacientes con Bulimia Nervosa y el grupo control no paciente en términos de la cualidad de relación con los otros, la autovaloración, grado de ambición y nivel de definición de identidad, lo cual aporta a la validez de criterio por diferenciación de grupos de la prueba.

Inventario de Depresión de Beck-Segunda Edición (IDB-II)

El Inventario de Depresión de Beck en su segunda edición (IDB-II) es un instrumento de autoreporte creado por Beck, Steer y Brown (2006), el cual consta de 21 ítems diseñados con el objetivo de evaluar la presencia y severidad de sintomatología depresiva de acuerdo a los criterios del DSM-IV, tanto en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años con o sin diagnóstico psiquiátrico. En cada uno de los ítems se presentan cuatro frases alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, de las cuales el individuo debe elegir aquella que describe mejor su estado durante las últimas dos semanas incluyendo el día en que se completa el instrumento. Respecto a la corrección, cada ítem se puntúa de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida (se debe tomar en cuenta el valor más alto en caso de que la persona marque más de una alternativa) y la suma directa de los puntajes permite categorizar el grado de depresión del sujeto en 4 niveles distintos; depresión mínima o clínicamente no significativa (0 a 13 puntos), depresión leve (14 a 19), depresión

moderada (20 a 28) y depresión severa (29 a 63). Respecto a su versión anterior, el BDI-A, esta edición del Inventario de Depresión de Beck es considerada un instrumento de medición más fino para la detección de trastornos depresivos, ya que se incluyen más ítems con la finalidad de abarcar los criterios del DSM-IV-TR para el episodio depresivo y el trastorno distímico, lo cual además aporta a la validez de contenido de la prueba.

Este instrumento ha sido traducido al español o castellano y adaptado a población española (Sanz, Navarro y Vazquez, 2003), población hispana residente en Estados Unidos (Penley, Wiebe & Nwosu, 2003), adolescentes chilenos (Melipillán, Cova, Rincón, Valdivia, 2008), colombianos residentes en Estados Unidos (Carmody & Lega, 2004) y población argentina (Brenlla & Rodríguez, 2006).

La adaptación española fue llevada a cabo por Sanz, Navarro y Vázquez (2003) con una muestra de 590 universitarios, donde se encontró una consistencia interna elevada (Alpha de Cronbach= 0.89), corroborada posteriormente en una muestra de 490 personas de la población general adulta (Sanz, Perdígón y Vázquez, 2003) y una muestra de 305 pacientes ambulatorios con diversos diagnósticos (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortun & Vázquez, 2005), presentando coeficientes de fiabilidad de 0,87 y 0,89 respectivamente. En cuanto a la validez convergente, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas con las escalas de Depresión Mayor y Distimia del MCMI-II (0,70 y 0,68 respectivamente), y con medidas de heteroevaluación como el ítem de gravedad de la depresión de LED ($r=0,50$). Respecto a la validez discriminante, se encontró una correlación moderada con la Escala de Ansiedad Rasgo de STAI (0,36), explicada por el alto nivel de comorbilidad entre estos trastornos. En referencia a la validez de criterio, se encontró que las puntuaciones medias del BDI-II variaban de forma estadísticamente significativa de acuerdo al nivel de gravedad de sintomatología depresiva, tomando como criterio la valoración de un clínico. Al explorar la capacidad de distinción de grupos del test, se encontró que la puntuación media obtenida por los pacientes con depresión mayor y otros trastornos depresivos fue significativamente más alta que la de los pacientes con trastorno de angustia/agorafobia, otros trastornos de ansiedad y otros trastornos psicológicos, pero no había diferencias significativas respecto a aquellos con trastornos de personalidad. En cuanto a la validez de constructo, se realizó un análisis factorial de componentes principales sobre las correlaciones entre los 21 ítems del BDI-II para cada una de las tres muestras. En todos los casos, la extracción inicial arrojó varios factores pero siempre el primer factor explicaba un porcentaje significativo de la varianza (29,4% en población general y 33,9% en pacientes con trastornos), y los porcentajes de varianza que explicaban los demás factores eran muy

reducidos. Esto fue confirmado por los gráficos de sedimentación de Cattell y las cargas presentadas en la matriz factorial, que mostraban cómo la mayoría de ítems del saturaban ese único factor con valores superiores a 0,35. Sin embargo, se realizaron análisis adicionales tomando en consideración que la mayoría de estudios con la versión original han respaldado la formulación de que el BDI-II mide una dimensión general de depresión que está compuesta de dos dimensiones (Cognitivo-Afectiva y Somático-Motivacional) altamente relacionadas. Para el siguiente análisis factorial de ejes principales se extrajo dos factores por rotaciones oblicuas Promax. Para la población general, el primer factor Cognitivo-Afectivo explicaba el 29,4% de la varianza, mientras que el segundo factor Somático-Motivacional explicaba el 7,4 de la varianza. Para la muestra de pacientes, en cambio, el primer factor era el Somático-Motivacional y explicaba el 33,9% de la varianza, mientras que el segundo factor era de tipo Cognitivo-Afectivo y explicaba el 6,7% de la varianza. En ambos casos se obtuvo dos factores altamente correlacionados entre sí ($r = 0,68$ en población general y $0,72$ en pacientes), lo que respalda el modelo de dos factores.

Por otro lado, la traducción al español publicada en 1996 junto con la versión en inglés fue llevada a cabo por psicólogos de Estados Unidos, México, Centroamérica y Sudamérica, utilizando las técnicas de “back-translation” y sometiendo los ítems a múltiples procesos de traducción para eliminar influencias culturales que pudieran distorsionar las respuestas. Esta versión fue probada en población hispana residente Estados Unidos, siendo aplicada en una muestra de 122 pacientes de hemodiálisis hispanohablantes (Penley, Wiebe & Nwosu, 2003), y en un grupo de 894 universitarios (Wiebe & Penley, 2005), de los cuales 355 eran bilingües y 50 hablaban solo español. En términos de confiabilidad, en ambas muestras se obtuvo coeficientes altos de consistencia interna (Cronbach de 0,92 y 0,91 respectivamente), así como una alta confiabilidad por estabilidad en el tiempo por test-retest con una semana de intervalo para la muestra universitaria ($r = 0,86$). En cuanto a la validez de constructo, se realizó análisis factorial confirmatorio en ambos grupos para estimar la valía del modelo de dos factores propuesto por Beck. En el primer estudio, se optó por el modelo de ecuaciones estructurales, para lo cual se exploró el índice de ajuste de la varianza a través de los estadísticos CFI (Índice de Ajuste Comparativo) y NNFI (Índice de Ajuste No Regulado), encontrándose que el nivel de corrección era menor al adecuado, por lo cual no se pudo concluir de manera definitiva que este modelo fuera el más adecuado, a pesar de los resultados dados por el Residuo Cuadrático Medio (RMSR), el Error de Aproximación Cuadrático Medio (RMSEA), y el Delta Chi Cuadrado se encontraban dentro de lo aceptable. En la segunda muestra se replicó los procedimientos antes

descritos para comparar los resultados en español y en inglés de la muestra, concluyéndose que no existía mayor variación entre ambos.

Carmody y Lega (2004) estudiaron las propiedades psicométricas de esta versión en una muestra de 300 migrantes o hijos de migrantes colombianos entre 18 y 89 años, comparándose los puntajes obtenidos con aquellos de la muestra de estandarización de la versión original. Se encontraron niveles similares de depresión entre los hombres de ambas muestras y diferencias entre las muestras de mujeres, siendo el nivel de sintomatología depresiva menor en la muestra colombiana. Así mismo, se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio para determinar el nivel de ajuste de los datos de la muestra Colombiana a los modelos del BDI-II de un factor único, dos factores, (somático y cognitivo afectivo) y tres factores (Actitud Negativa, Ejecución y Síntomas Somáticos). A través de los puntajes del Índice Comparativo de Ajuste-CFI (0.82, 0.83 y 0.84 respectivamente), se concluyó que cada modelo era una mejor explicación que el modelo dependiente, de los cuales el modelo de tres factor emergió como el más idóneo al comparar el Error de Aproximación Cuadrático Medio (RMSEA), y los Delta Chi-Cuadrado de cada modelo.

Otra adaptación realizada en Latinoamérica fue hecha en Chile, para la cual los autores (Melipillán, Cova, Rincón & Valdivia, 2008) se basaron en las dos traducciones previamente mencionadas, sobre la base de las cuales se realizaron adaptaciones lingüísticas y se conformó tres muestras de estudio con adolescentes; una muestra clínica (n=78) y un grupo de comparación conformada por una muestra control (n=78) y una muestra de estudiantes (n= 737). En términos de confiabilidad, se encontró un alto nivel de consistencia interna tanto a nivel general (Alpha de Cronbach de 0,91), como de manera individual para la muestra clínica y el grupo de comparación (0,91 y 0,89 respectivamente). En cuanto a la confiabilidad por estabilidad en el tiempo se aplicó nuevamente el test a 33 participantes de la muestra control luego 7 a 10 días, encontrándose un nivel apropiado de correlación test-retest ($r = 0,66$). En cuanto a la validez concurrente, en la muestra clínica y la control se obtuvo correlaciones estadísticamente significativas (0,79) con las escalas del MACI asociadas teóricamente ("Auto-degradación" "Afecto depresivo" "Tendencia suicida" y "Autodevaluación"). En cuanto a la validez de constructo, se llevaron a cabo análisis factoriales de tipo exploratorio y confirmatorio. Para el análisis exploratorio, se utilizó el Análisis de Eje Principal, aplicándose primero el criterio de Kaiser Guttman, el gráfico de sedimentación de Catell, el test MAP de Velicer y el Análisis Paralelo de Horn. Si bien a través del criterio de Kaiser-Guttman se identificó tres factores, con valores propios de 7,47,1,40 y 1,05, los demás criterios estadísticos empleados coincidirían en señalar la pertinencia de un único factor. A través del Análisis del Eje Principal se

encontró que la varianza explicada por el modelo de un factor alcanzaría el 32,41%. Para el análisis confirmatorio se indagó acerca de la pertinencia de los modelos de uno y dos factores. Al respecto, en ambos modelos se encontró niveles adecuados en términos de la calidad del ajuste a los datos, dados por los estadísticos de ajuste CFI y RMSEA. Sin embargo, el cálculo de la diferencia entre los estadísticos $Y-B_{(RES)}\chi^2$ de cada modelo permitió concluir que no existen diferencias significativas en la calidad del ajuste de ambos modelos.

La adaptación argentina, por otro lado, fue realizada por Brenlla y Rodríguez (2006), quienes realizaron su propia traducción apelando al método de back-translation y a la revisión especializada del contenido de los ítems por parte de un equipo de especialistas en psiquiatría, psicología y traducción, lo cual aportó a la validez de contenido de la prueba. Esta adaptación fue aplicada en una muestra de 325 pacientes externos y una muestra de comparación compuesta por 427 sujetos de población general y 248 estudiantes universitarios. En cuanto a la confiabilidad, se halló un alto nivel de consistencia interna para ambas muestras (Cronbach de 0,88 y 0,86 respectivamente). Así mismo, se exploró la confiabilidad por estabilidad en el tiempo a través del método de Test-Retest, obteniéndose niveles significativos de correlación positiva entre los puntajes de la primera aplicación y una realizada diez días después en 17 pacientes externos y 60 individuos del grupo de comparación. Por otro lado, se examinó la validez convergente, encontrándose correlaciones estadísticamente significativas con las escalas de depresión del MMPI-II y el SCL-90, en los pacientes externos (0,58 y 0,81 respectivamente) y las escala de depresión del MMPI-II y de malestar psicológico de Kessler (K10) en la muestra comparativa (0,61 y 0,81 respectivamente). En cuanto a la validez divergente, en ambos grupos se obtuvo correlaciones estadísticamente significativas con diferentes escalas de ansiedad (SCL-90 en pacientes y STAI en el grupo comparativo), lo cual es explicado por Beck en términos del alto nivel de comorbilidad que existe entre ambos trastornos. Así mismo, respecto a la validez de criterio por discriminación de grupos, se encontró niveles de puntuación media significativamente más altas de depresión en la muestra de pacientes respecto al grupo control. Se encontró además que en 274 sujetos de la muestra de pacientes se obtuvo niveles sistemáticamente más altos en los pacientes con trastornos del estado de ánimo respecto a aquellos con otros trastornos de acuerdo al análisis post hoc de Scheffe. En cuanto a la validez de constructo, se realizaron dos análisis factoriales, uno con la muestra de pacientes y otro con un grupo de 207 sujetos de la muestra de población normal. Luego de comprobar la pertinencia de este tipo de análisis a través del Test de Esfericidad de Bartlett y el Índice de Adecuación Muestral Kaiser Meyer Olkin, a través del Gráfico de Sedimentación de

Catell se obtuvo cuatro y cinco factores para cada muestra respectivamente, cuyos valores propios en ambos casos presentaban un único factor que se distinguía claramente del resto. Considerando los resultados de otras investigaciones que plantean dos factores altamente interrelacionados, se llevó a cabo procedimientos de análisis factorial principal iterado para las estimaciones de la comunalidad y se utilizó una rotación oblicua Promax, a través de la cual se obtuvo dos autovalores de similares proporciones, (5,49 y 5,39 en pacientes y 4,80 y 4,71 en población general), que presentaban una correlación moderada (0,61 0,50 respectivamente). En ambos casos, se observó un factor Somático y uno de naturaleza Cognitivo-Afectiva, aunque la prominencia de estos fue diferente para cada muestra, mostrando mayor predominancia el factor Somático-Afectivo en la muestra de pacientes y el factor Cognitivo-Afectivo en la muestra comparativa. Adicionalmente, se observó que ciertos síntomas afectivos como la Tristeza y el Llanto pueden desplazar su carga de una dimensión a otra según la muestra en cuestión.

En nuestro medio, si bien no se cuenta con una adaptación local de este instrumento, la adaptación argentina ha sido utilizada por diversas investigaciones que han estudiado la sintomatología depresiva en asociación con otros fenómenos clínicos (Rodríguez, 2008; Alcántara, 2008). Rodríguez (2008) estudió el nivel de sintomatología depresiva y su relación con el riesgo a desarrollar trastornos alimenticios en una muestra de 188 adolescentes mujeres universitarias y preuniversitarias, y Alcántara (2008) examinó el grado de sintomatología depresiva y su asociación con la adherencia al tratamiento en una muestra de 50 pacientes adultos con VIH, encontrándose niveles de confiabilidad por consistencia interna de 0,91 y 0,94 respectivamente. En el primer estudio, se realizó un análisis factorial exploratorio para explorar el ajuste del modelo de dos factores, utilizándose rotaciones oblicuas Promax. Si bien las cargas no se distribuyeron de la misma forma en que se venía viendo, ambas alcanzaron los valores mínimos para ser considerados aceptables. Además, para ambos estudios, se hallaron índices de consistencia interna altos tanto para el factor Cognitivo-Afectivo (0,87 y 0,92) como para el factor Somático (0,80 en ambos casos).

Para la presente investigación se utilizó la adaptación argentina dado que constituye la única versión sudamericana para adultos, además de contarse con datos acerca de sus propiedades psicométricas en población peruana aportados por las investigaciones antes mencionadas.

Para fines de este estudio se encontró un coeficiente de confiabilidad por consistencia interna de 0.93. Asimismo, se halló que todos los ítems poseen una adecuada capacidad de discriminación, presentando niveles de correlación ítem-test

desde 0,32 (Llanto) hasta 0,82 (Dificultad de Concentración). Los coeficientes de confiabilidad y las correlaciones ítem-test de la prueba se pueden encontrar en el Anexo V.

Procedimiento

Se estableció el contacto con el Departamento de Consulta Externa de un Hospital Psiquiátrico de Lima y se obtuvo su aprobación para la aplicación de los instrumentos en pacientes que cumplieran con las características antes mencionadas. Se coordinó con un grupo de psiquiatras y psicólogos de dicho departamento la presentación del evaluador al terminar al consulta como “un psicólogo que hará algunas preguntas”, luego de lo cual se dejaba a este a solas con la paciente. Se explicó el objetivo de la investigación y firmó el consentimiento informado (Ver Anexo IV), detallando la forma de recolección de datos que incluye la grabación de sus auto-descripciones y asegurando la total confidencialidad. Posteriormente se reunió a una muestra no clínica que compartía las mismas características sociodemográficas. En ambos casos, se aplicó de forma preliminar la Ficha de Datos con la finalidad de establecer la adecuación del evaluado a los criterios preestablecidos para cada grupo. Luego de esto, se procedió a la aplicación de la Entrevista de Evaluación de las Descripciones del Self y finalmente el BDI-II. Los datos clínicos que se obtuvieron para la muestra de pacientes se recopilaron a través de la Historia Clínica de los entrevistados y del personal médico a cargo del caso.

A continuación se procedió a la transcripción y calificación de cada entrevista de acuerdo a las pautas que establece la versión peruana. Con la finalidad de proveer mayor nivel de confiabilidad a esta etapa del procedimiento, se contó con la supervisión de un experto en la calificación de 5 casos del grupo de estudio y 5 del grupo de comparación, el cual adicionalmente se encargó de la resolución de todas las dudas que se tuvo al momento de calificar la totalidad de los protocolos. Posteriormente se trasladó los datos convertidos cuantitativamente a una base de datos en el programa SPSS 17 y se calculó los estadísticos descriptivos de la muestra general y de cada grupo en cuanto a las variables socio-demográficas y las variables clínicas estudiadas. Así mismo, se obtuvo los estadísticos pertinentes para la descripción del comportamiento de la muestra general y de cada grupo en particular en la Entrevista de Evaluación de las Descripciones del Self.



CAPITULO III

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos respondiendo a los objetivos de la investigación. Además de presentar las tablas con la información estadística correspondiente, se presentan viñetas que permitirán una mejor comprensión de los hallazgos.

De acuerdo a los objetivos de estudio, se pretende determinar si existen diferencias significativas en las representaciones mentales del Self entre el grupo de pacientes con Depresión Mayor y el grupo comparativo. Debido a que las distribuciones de los puntajes resultaron ser no paramétricas en su mayoría (ver anexo VI), se utilizó la prueba U de Mann-Whitney como estadístico de comparación.

Como se aprecia en la Tabla 4, se evidencian diferencias significativas en las representaciones mentales del Self entre el grupo clínico y el grupo de contraste tanto en la Longitud como en las 6 dimensiones de la Descripción del Self: Modo de Descripción (I), Capacidad de Relación (II), Variables Cognitivas (III), Mirada del Self (IV), Variables del Desarrollo (V) y Variables Afectivas (VI).

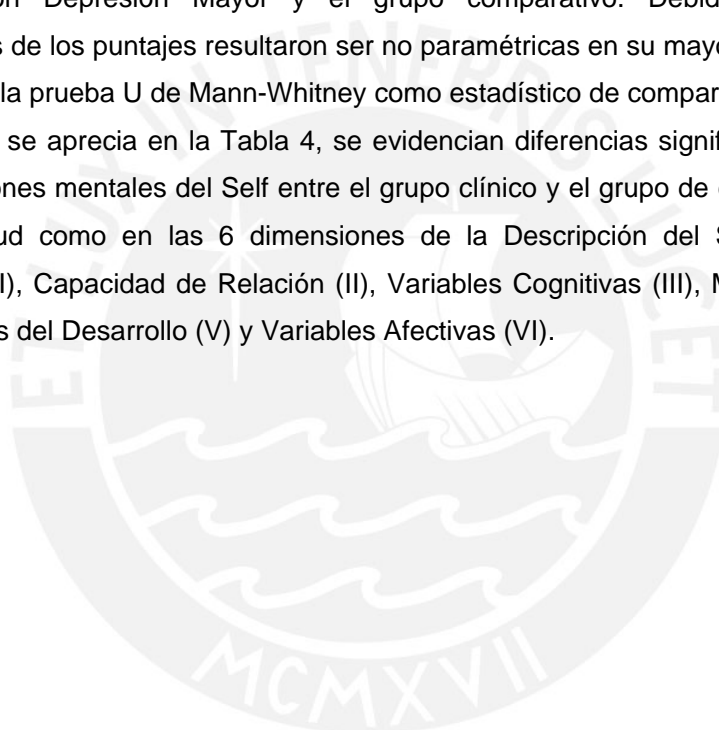


Tabla 4
Representaciones Mentales del Self según grupo de estudio

	Grupo						
	Clínico			Comparativo			U
	N	ME	DE	N	ME	DE	
Longitud	25	5,20	1,53	25	4,36	1,50	205,000*
I. Modo de descripción							
IA. Modo predominante	25	3,56	,87	25	2,84	,75	147,500**
IB. Solidez	25	2,72	,68	25	2,44	,71	254,500
IC. Nivel Conceptual	25	6,72	,74	25	5,80	,71	114,500**
II. Capacidad de Relación							
IIA. Articulación de la Relación	25	3,32	1,60	25	3,44	1,39	305,000
IIB Calidad de la Relación	19	3,63	1,38	19	5,16	1,12	75,500**
IIC. Relación con el Examinador	25	1,80	1,12	25	2,40	1,38	242,000
III. Variables Cognitivas							
IIIA Autoreflexión	25	3,12	,88	25	2,36	,91	170,500**
IIIB Tolerancia a la Contradicción	25	2,52	,82	25	1,64	,86	157,500**
IIIC. Diferenciación e Integración	25	2,32	1,25	25	2,76	1,20	243,000
IV. Mirada del Self							
IVA Autovaloración	25	3,24	1,81	25	5,92	1,19	81,500**
IVB Capacidad de Autocrítica	25	3,44	1,29	25	1,68	,80	91,500**
IVC Grado de Ambición	14	2,07	,62	2	3,50	,71	1,500*
V. Variables del desarrollo							
VA Nivel de Relación	18	4,50	1,20	19	5,79	,98	72,000**
VB Nivel de Def. del Self	25	4,48	1,05	25	5,08	,91	205,000*
VC Equilibrio Rel – Def	25	1,56	,51	25	1,60	,50	300,000
VD Integridad	25	4,08	1,04	25	5,68	,90	86,000**
VI. Variables Afectivas							
VIA. Ansiedad	25	2,28	1,43	25	1,44	,92	205,000*
VIB. Depresión	25	3,36	1,35	25	1,32	,75	78,500**

*p<0,05

**p<0,01

En cuanto a la Longitud, se observa que las pacientes con Depresión Mayor emplearon significativamente mayor cantidad palabras para realizar las descripciones de sí mismas que las mujeres del grupo de comparación.

Por otro lado, en términos del Modo de Descripción (I), se observan diferencias significativas tanto en el Modo Predominante de Descripción (IA) como en el Nivel Conceptual (IC). En relación al Modo de Predominante de Descripción, se observa que en las descripciones de sí mismas de las pacientes depresivas existe un grado significativamente mayor de énfasis en las experiencias subjetivas de la persona, aludiendo a cualidades internas, sentimientos, valores y pensamientos para transmitir un sentido del mundo interno del individuo, mientras que en las descripciones del grupo comparativo predomina la alusión a rasgos comportamentales y de personalidad.

“Yo soy una persona que ha cambiado mucho su forma de ser, ahora me siento un poco muy insegura, me siento desconfiada, me siento sin ganas de hacer las cosas, es un cambio muy drástico que he sentido, que ha pasado en mi vida porque desde muy joven he sido muy decidida, he sido independiente, no muy apegada a las personas, en cambio ahora sí, o sea me siento mal y trato de buscar un apoyo...”

Por otro lado, respecto al Nivel Conceptual, se aprecia que las descripciones de las pacientes depresivas tienden a incluir dimensiones internas tales como sentimientos, pensamientos y valores en proporciones significativamente mayores, mientras que las descripciones del grupo comparativo son más concretas y literales, aludiendo principalmente a actividades y cualidades externas de la persona.

“¿Puede ser menos? Ya, soy una persona, ahora soy una persona, no tan alegre como solía ser, pero aún soy emocional, algo insegura, de repente siento llorar por cosas que antes no lloraba, me es difícil, mantener mis ideas de repente en una sola cosa, puedo cambiar de opinión o a la vez puedo decir, puedo estar segura de algo y después de un día, dos días cambio de parecer y cambio totalmente mi decisión y esto puede afectar a muchas personas, tengo amigos que me apoyan y están ahí, saben mi problema, pero a la vez siento que de repente pueda ser una carga, siento que puedo superar todo esto y es cuestión de tiempo y nada más, gracias.”

En el área de Capacidad de Relación (II), se observan diferencias significativas únicamente en la Calidad de Relación (IIB). Se encuentra que en las pacientes depresivas predominan los sentimientos y percepciones negativas en relación a los otros, lo cual se ve reflejado en la sensación de ser rechazado, juzgado e inclusive dañado por otros, mientras que en las participantes del grupo comparativo se observa un mayor grado de amistad y cuidado hacia los otros, así como la percepción de que el compromiso con las relaciones y con los otros es una parte importante, satisfactoria y positiva de la propia vida.

“...en realidad este problema viene desde la niñez, he tenido síndromes de depresión desde muy pequeña, desde los nueve años, desde los nueve años nunca he tenido amigas, no he tenido...una que otra amiga, nada mas, a fiestas tampoco no voy, en la adolescencia tampoco, en la universidad tampoco y ahora que soy adulta no me gusta ir a fiestas por la bulla, por la bulla que hace y siento que en realidad me voy a quedar sola, siento que me voy a quedar sola, siento que me voy a quedar sola, me siento mal, he intentado suicidarme hace unos meses y la ultima vez ha sido hace quince días, porque tuve problemas en mi casa, mi familia me estuvo apoyando pero ahora ya no lo hace ya, creen que porque he subido un poco de peso, este, estoy sana y hay frases que me dicen que me duelen y me hacen deprimirme...”

En cuanto a las Variables Cognitivas, se encontraron diferencias significativas tanto en Autorreflexión (IIIA) como en la Tolerancia a la Contradicción (IIIB). En cuanto a la Autoreflexión, se puede apreciar que las descripciones de si mismas de las pacientes depresivas son significativamente más introspectivas y autoreflexivas que aquellas encontradas en el grupo comparativo.

“...me gustaría tener más amigos eso si pero soy muy callada en ese aspecto, no se que, de que forma a veces entablar una comunicación, me pongo nerviosa, me dicen que de repente sea porque también he sido muy protegida en mi casa, era, yo soy la hermana mayor, y mi mama bueno mi papa siempre me han, sobre todo mi mama siempre me ha protegido en la casa, no? no he salido mucho en mi niñez a jugar con mis amigos, con mis vecinos del barrio, no era mucho yo de salir, mi mama me tenía en la casa porque, me imagino que será también por lo mismo que ella pasó por una violación cuando era adolescente y dice que tenía miedo a que me pase algo también entonces me protegía en esa parte bastante.”

Por otro lado, en términos de la Tolerancia a la Contradicción, se observa que en las descripciones del grupo clínico existe mayor nivel de coexistencia de aspectos contradictorios en la construcción del Self, aún cuando ello pueda ser poco tolerado por el individuo, en contraste con el grupo de comparación, cuyas descripciones suelen caracterizarse por una percepción unilateral de la propia persona.

“...Soy una persona sensible, rápido, muy rápido me, me enfurezco, soy caritativa, me conduelo rápido al ver a una persona con dificultad, me gusta ayudar, pero a la vez también soy rencorosa cuando me hacen algún daño grave. En mi tranquilidad soy una persona muy alegre, con mis hijos juego, comparto, pero hay momentos en que soy muy agresiva también, cuando o no me obedecen los pego, les doy un palmazo en el poto o los hablo bien fuerte, luego yo empiezo a pensar ¿no?, porque le dije y entonces como que me pongo a llorar, y ya eso me tiene tensionada ... en ese aspecto me, me puedo definir.”

Respecto a la Mirada del Self (IV), se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en todas las escalas que componen este índice: Autovaloración (IVA), Capacidad de Autocrítica (IVB), y Grado de Ambición (IVC).

En términos de la Autovaloración, se observa que en las pacientes depresivas el Self es visto de una manera predominantemente negativa y crítica, expresa odio a sí

mismo, crítica severa e incluso negación del Self, en contraste con la observada en el grupo comparativo, donde se aprecia un sentido estable del Self, con sentimientos de seguridad, fuerza o éxito, descrito de manera benevolente y cuidadosa, caracterizada por sentimientos de aceptación, autoestima y auto respeto.

“¿Qué me describa? Bueno ... para empezar, no, no me, no, no estoy conforme con el tipo de persona que soy, no, no me gusta lo que miro al espejo cada día, no me considero lo suficientemente inteligente, ni lo suficientemente hermosa, o bonita como se podría decir ... siento de que lo que hago no esta bien ... no ... siento que no lleno, no lleno los requisitos que se exige o que se pide de una mamá o de una esposa ... en fin, siento que como persona a veces no valgo, no tengo amor propio ... y ... a veces quisiera ser diferente ... o muchas veces no haber ... no haber nacido ... es así como me describo a mi misma.”

Por otro lado, en cuando a la Capacidad de Autocrítica, podemos apreciar que las descripciones del grupo clínico presentan una cantidad significativamente mayor de juicios severos que reflejan una falta de satisfacción con uno mismo frente a estándares inalcanzables, en contraste con la actitud escasamente crítica que predomina en las descripciones del grupo de comparación.

“A ver como soy, no tengo deseos de hacer las cosas como antes, me he vuelto más tonta, no se si son por las pastillas, totalmente insegura, no tengo esa vivacidad ni energía, siento que, me siento una calabaza total, a comparación de antes que tenía los, unos buenos puestos, encima que ni siquiera he estudiado, siento que las demás personas que son menores que yo tienen, saben más que yo y, y yo a pesar que soy mayor estoy casi como los ancianitos que, como mi papá que no puede retener ninguna cosa y todo eso ¿no? después, no me siento agradable con mi persona y tiene mucho que ver el hecho que no sea muy, este, que sienta que no soy la inteligente ni la responsable ni la madura que era antes, tengo demasiados problemas y me hago también muchos problemas yo, y no se, creo que eso es todo, no me acuerdo más, no me acuerdo más.”

Respecto al Grado de Ambición, se observa que en las descripciones del grupo clínico se presentan menores niveles de fuerza motivacional y esfuerzo, predominando la falta de certeza y claridad respecto a las metas y la manera en que estas pueden ser alcanzadas, en contraste con el grupo de comparación, donde se aprecia un delineamiento más claro de las metas y aspiraciones que forman parte de la representación de sí mismo.

“...bueno otra cosa también tengo sueños pero a veces la misma inseguridad o las dudas, soy muy negativa a veces en mis pensamientos, no me permiten avanzar en muchas cosas, hay metas, sueños que yo quisiera cumplir, a veces me, me trunca bastante la inseguridad y no me permite avanzar en eso...”

“...siento también a veces que tengo muchas ganas de hacer varias cosas pero a la final me desanimo y, y no las hago simplemente, prefiero a veces las cosas materiales que

seguir progresando, porque de repente a veces siento que no me gusta la carrera en la que estoy ... “

En cuanto a las Variables de Desarrollo (V) existen diferencias significativas en términos de Nivel de Relación, Nivel de Definición del Self e Integración.

En referencia al Nivel de Relación, se observa que las pacientes depresivas incorporan en menor medida las necesidades de los otros en sus descripciones, por lo cual tienden a ser unilaterales y enfocarse en la preocupación por recibir o perder apoyo, cuidado, atención y afecto, haciendo clara alusión a un sentido de dependencia de los otros así como un alto grado de preocupación por la posibilidad de pérdida y abandono. Por otro lado, en las descripciones del grupo comparativo se tiende a incorporar mayores elementos de correspondencia mutua, reciprocidad y empatía en las relaciones con otros.

“Que me describa, ya a ver yo soy alegre, este, bien cariñosa, bien tierna, soy, también que soy profesora de niños, pero también soy bien, me deprimó rápido, fácilmente, con lo que me puedan decir, o con lo que me dicen otras personas, o en este caso que he venido acá con la doctora por mi pareja ¿no?, que está distante, me deprimó muy, muy rápido y, ahorita no se como, como estoy con él ¿no?, no se como estoy, estamos separados pero estamos que regresamos y no regresamos entonces eso me deprime, no estar estable ahorita me deprime muy rápido, cualquier cosita ya, ya me estoy deprimiendo, y lo otro es que también la ansiedad, la ansiedad que tengo que a veces hasta me palpita el pecho y todo, por esas cosas Como le digo soy una persona alegre, pasiva, bien deprimida, bien miedosa también, miedosa en ese aspecto, después que más podría ser, preocupada, preocupada por las otras personas, me preocupo bastante por las otras personas, antes que a mí misma, antes, antes que preocuparme a mí me preocupo por el resto, bastante por otras personas, ¿no? eso ... por otro ... no se que le podría decir, nada más, no, no se que más le diría, responsable, de repente, puntual ¿no?, en ese aspecto, nerviosa, si, bastante nerviosa, nada, no creo que pueda decir nada.”

Respecto al Nivel de Definición del Self, se puede apreciar que en las descripciones de las pacientes depresivas se retrata al sí mismo en un estado de tránsito entre hacer valer sus derechos frente a los otros y experimentarse desde sí de una manera no reactiva, mientras que en las descripciones del grupo comparativo predomina un sentido del Self que comienza a ser experimentado internamente y desde el sí mismo en lugar de reactivo, el cual va acompañado de una preocupación con un sentido de estabilidad, orden, regulación y continuidad que se va desarrollando.

“Demasiado confiable y ... siempre me han dicho que soy muy débil ¿no? porque he tenido problemas en casa y ... y he sufrido, este, maltrato físico y psicológico y son ... ha sido por mucho tiempo y a pesar de que he recibido ayuda, siempre a veces vienen los problemas y uno cae, vuelve a parecer de que nunca va a pasar esto ... yo quiero, yo quiero ser, este, una persona útil, ¿no?, trabajar y, porque eso de las ventas, no, no va muy bien, quiero ser una

persona útil y cuidar a mi hijo y vivir sola con él, no quiero estar en más, no quiero estar con ... a pesar de que quiera a mi familia no quiero estar con ellos, no quiero estar con ella porque siempre hay problemas ... y ... que, como me describo, soy una llorona, siempre soy una llorona..."

En términos del nivel de Integración, podemos apreciar que en las descripciones de las pacientes se percibe un menor sentido de integridad entre aspectos positivos y negativos a través del tiempo en comparación con el grupo de comparación. En particular, las descripciones de las pacientes reflejan un sentido de una lucha para definir o volverse quien uno quiere ser pero con escasa certeza acerca de si esto es posible, mientras que las participantes del grupo comparativo reflejan encontrarse en un punto más avanzado de integración, en el cual se encuentran en un estado de tránsito entre la propia continuidad y la seguridad en las propias capacidades de agencia y relación con los otros.

"Ya bueno yo soy una persona que tengo muchas cualidades buenas pero siento que mis cualidades negativas no me permiten avanzar mucho en las cosas que yo desearía hacer, por ejemplo a veces frente a diferentes problemas que se me presentan tiendo a ser muy insegura de tomar una decisión o cuando ya es un problema demasiado fuerte y en cualquier situación que este atravesando, que se me presente tiendo a ponerme triste, a estar deprimida o ansiosa y no se como controlar eso."

A nivel de las Variables Afectivas (IV) se observa que en las dos escalas que componen el índice, Ansiedad (VIA) y Depresión (VIB) se presentan diferencias significativas. En general se observa las pacientes depresivas hacen referencia a una cantidad significativamente mayor de indicadores de Depresión y Ansiedad de forma explícita al describirse a si mismas. Así, se aprecia que las descripciones del grupo clínico están dominadas tanto por sentimientos de tensión, aprehensión, miedo, preocupación y ansiedad, así como sentimientos tristes y apáticos sobre el self, los otros y la vida en general.

"... me deprimó rápido, fácilmente, con lo que me puedan decir, o con lo que me dicen otras personas, o en este caso que he venido acá con la doctora por mi pareja ¿no?, que está distante, me deprimó muy, muy rápido y, ahorita no se como, como estoy con él ¿no?, no se como estoy, estamos separados pero estamos que regresamos y no regresamos entonces eso me deprime, no estar estable ahorita me deprime muy rápido, cualquier cosita ya, ya me estoy deprimiendo, y lo otro es que también la ansiedad, la ansiedad que tengo que a veces hasta me palpita el pecho y todo, por esas cosas Como le digo soy una persona alegre, pasiva, bien deprimida, bien miedosa también, miedosa en ese aspecto, después que más podría ser, preocupada, preocupada por las otras personas, me preocupo bastante por las otras personas, antes que a mí misma, antes, antes que preocuparme a mí me preocupo por el resto, bastante por otras personas..."

“Una persona buena, cariñosa, pero con mucha tristeza, que no lo se como describir ... afectuosa ... nada más te podría decir.”

Por otro lado, de forma adicional al análisis de las diferencias entre el grupo clínico y el comparativo que se ha presentado, se efectuaron análisis de las representaciones mentales del Self al interior del grupo clínico de acuerdo a variables sociodemográficas y clínicas relevantes. En términos de las variables sociodemográficas se encontró diferencias significativas de acuerdo al Nivel de Instrucción y Tipo de Ocupación, mientras que en cuanto a las variables clínicas ocurrió lo mismo con las variables de Comorbilidad, Intento de Suicidio, Intervención Terapéutica y Nivel de Depresión.

En primer lugar, se puede apreciar que existen diferencias significativas en cuanto a la Longitud de la descripción de acuerdo al Nivel de Instrucción ($U=27.500$, $p=0,023$), siendo las pacientes con estudios posteriores las que emplearon mayor cantidad palabras para describirse a sí mismas ($Me=5.56$, $DE=1.54$) respecto al grupo de comparación ($Me=4.29$, $DE=1.11$).

Como se puede observar en la tabla 5, se encuentran diferencias significativas de acuerdo a la Ocupación en las áreas de Longitud, Articulación de la Relación, Autorreflexión, Diferenciación e Integración y Ansiedad. En primer lugar observamos que las pacientes que trabajan emplean una cantidad significativamente mayor de palabras en sus descripciones, en las cuales además se observa mayor especificidad y elaboración en torno a sus relaciones interpersonales en contraste con las descripciones de las personas que no trabajan. Se aprecia además que las descripciones de las pacientes que trabajan son significativamente más introspectivas y autoreflexivas, en las cuales además el Self es visto y entendido en mayor cantidad dominios o facetas. Finalmente, se encuentra que las pacientes que trabajan hacen referencia a mayor cantidad de indicadores de Ansiedad de forma explícita en sus autodescripciones, las cuales se encuentran cargadas de sentimientos de tensión, aprehensión, miedo, preocupación y ansiedad

Tabla 5
Representaciones Mentales del Self según Ocupación

	Grupo						
	No Trabaja			Trabaja			
	N	ME	DE	N	ME	DE	U
Longitud	11	4.18	1.40	14	6.00	1.11	25.000**
Articulación de la Relación	11	2.27	1.49	14	4.14	1.17	27.000**
Autoreflexión	11	2.55	.69	14	3.57	.76	26.500**
Diferenciación e Integración	11	1.55	.69	14	2.93	1.27	27.500**
Ansiedad	11	1.45	.69	14	2.93	1.54	34.500*

*p<0,05

**p<0,01

Por otro lado, respecto a las variables clínicas, encontramos diferencias significativas en términos de Grado de Ambición de acuerdo a la comorbilidad con otros trastornos ($U=25.500$, $p=0,045$). Si bien todas las pacientes presentan bajos niveles de esfuerzo y motivación, en las pacientes que presentan comorbilidad predominan las menciones explícitas a la ausencia de metas y falta de ambición ($Me=1.50$, $DE=0.58$), en contraste con aquellas sin comorbilidad ($Me=2.30$, $DE=0.48$), cuyas descripciones están caracterizadas por la falta de certeza y claridad respecto a las metas y la manera en que estas pueden ser alcanzadas.

Así mismo, podemos observar que existen diferencias significativas respecto a la predominancia de indicadores explícitos de Depresión en la descripción de sí mismas de acuerdo a la presencia de intentos de suicidio ($U=27.500$, $p=0,029$), siendo las pacientes con intentos de suicidio ($Me=4.29$, $DE=0.76$) aquellas que hacían referencia a una mayor cantidad significativamente mayor de sentimientos tristes y apáticos sobre el Self, los otros y la vida en general, en contraste con las que no presentaban intentos de Suicidio, cuyo nivel de indicadores de depresión eran considerables pero significativamente menores ($Me=3.00$, $DE=1.37$).

Por otro lado, la presencia de Intervenciones terapéuticas actuales o previas en la historia de las pacientes establece diferencias significativas en términos de la Longitud de la descripción ($U=37.500$, $p=0,043$), siendo las pacientes que presentaban intervenciones terapéuticas aquellas que emplearon mayor cantidad de palabras en su auto descripción ($Me=6.00$, $DE=1.00$), en comparación con las que no habían recibido este tipo de intervenciones ($Me=4.75$, $DE=1.61$).

En la tabla 6 podemos apreciar que existen diferencias significativas de acuerdo al Nivel de Depresión en términos de la Longitud, Modo Predominante de Descripción, Nivel Conceptual, Capacidad de Autocrítica y Depresión. En general, se puede observar que a mayor Nivel de Depresión, los puntajes medios encontrados en

estas escalas son más elevados, siendo significativas todas las diferencias entre aquellos con Depresión Leve y Depresión Severa. Ello implica que los pacientes con grados más severos de Depresión utilizan significativamente mayor cantidad de palabras para describirse a sí mismos, haciendo mayor énfasis en experiencias subjetivas y aludiendo a cualidades internas, sentimientos, valores y pensamientos para transmitir un sentido del mundo interno del individuo, mientras que aquellos con menores niveles de Depresión emplean menor número de palabras en sus descripciones, las cuales tienden a ser más concretas y literales, aludiendo principalmente a actividades y cualidades externas de la persona, indicando rasgos comportamentales y de personalidad. Así mismo, podemos apreciar que a mayor Nivel de Depresión se hace referencia a mayor cantidad de indicadores explícitos de Depresión, lo cual se expresa a través de juicios severos respecto a sí mismo, así como sentimientos tristes y apáticos sobre el Self, los otros y la vida en general.

Tabla 6

Representaciones Mentales del Self según Nivel de Depresión

		ME	DE	H
Longitud	Leve ^a	3.75	.96	5.95*
	Moderada ^b	5.40	1.07	
	Severa ^c	5.55	1.81	
IA. Modo Predominante	Leve ^a	2.50	1.29	9.20**
	Moderada ^b	3.50	.85	
	Severa ^c	4.00	.00	
IC. Nivel Conceptual	Leve ^a	5.75	.50	11.03**
	Moderada ^b	6.70	.82	
	Severa ^c	7.09	.30	
IVB. Capacidad de Autocrítica	Leve ^a	2.25	1.50	7.06*
	Moderada ^b	3.10	1.20	
	Severa ^c	4.18	.87	
VIB. Depresión	Leve ^a	1.75	.96	11.48**
	Moderada ^b	3.00	1.25	
	Severa ^c	4.27	.79	

^an=4

^bn=10

^cn=11

*p<0,05

**p<0,01

En el caso de la variable Longitud, se puede apreciar que no existen diferencias significativas entre el nivel de Depresión Moderada y Severa, mientras que en el caso de las variables Capacidad de Autocrítica y Depresión, no existen distinciones significativas entre los niveles de Depresión Leve y Moderada.

Adicionalmente, de acuerdo a la calificación recibida en el ítem dicotómico Equilibrio entre Relación y Definición del Self, se efectuaron análisis de las escalas restantes de las Representaciones Mentales del Self al interior del grupo clínico. Se encontraron diferencias en términos de la Articulación de la Relación y la Tolerancia a la Contradicción, como se puede observar en la Tabla 7. Se observa que en las pacientes que se describen a si mismas principalmente en términos de relación y afiliación con otros, se percibe un mayor nivel de ligazón con otros, así como mayor especificidad y elaboración en torno a sus relaciones interpersonales.

Por otro lado, en términos de la Tolerancia a la Contradicción, se observa que en las descripciones de estas pacientes existe mayor nivel de coexistencia de aspectos contradictorios en la construcción del self, aún cuando ello pueda ser poco tolerado por el individuo, en contraste con aquellas que se describen a si mismas en términos de agencia, expresada a través de sus logros, metas y roles, cuyas descripciones tienden a reflejar una percepción más unilateral de la propia persona.

Tabla 7*Representaciones Mentales del Self según Equilibrio entre Relación y Definición del Self*

	Grupo						
	Relación			Definición del Self			U
	N	ME	DE	N	ME	DE	
IIA. Articulación de la Relación	11	4.27	1.19	14	2.57	1.50	25.500**
IIIB Tolerancia a la Contradicción	11	3.00	.00	14	2.14	.95	38.500*

*p<0,05

**p<0,01

Finalmente, se analizó el nivel de correlación entre las diversas escalas de las Representaciones mentales del Self y las variables continuas de Edad y Tiempo de enfermedad, a través del estadístico de Spearman. Se observó una correlación negativa altamente significativa de acuerdo al criterio de Cohen entre el Tiempo de enfermedad y el Grado de Ambición (RHO= -0,777, p= 0,001), de manera que a mayor tiempo de enfermedad, las pacientes exhibían menores niveles de esfuerzo, motivación y claridad respecto a las propias metas y los caminos para alcanzarlas. Por otro lado, se obtuvo una correlación negativa medianamente significativa de acuerdo al criterio de Cohen entre el Nivel de Definición del Self y la variable Edad (RHO= -0,426, P= 0,034), de manera que a mayor edad, las descripciones de las pacientes expresaban menor claridad en términos de la definición de la identidad en términos de metas y valores particulares que conllevan un sentido de agencia.



CAPITULO IV

DISCUSION

A continuación se discuten los hallazgos del presente estudio, analizando primero los hallazgos respecto a las representaciones mentales de Self del grupo de pacientes depresivas en relación al grupo comparativo. Posteriormente se discutirán los hallazgos de acuerdo a variables sociodemográficas y clínicas y finalmente se presentarán las conclusiones y limitaciones de la investigación.

Antes de emprender el análisis a nivel de cada una de las escalas que componen el instrumento utilizado, cabe resaltar que se encuentren diferencias significativas entre el grupo clínico y el de comparación en la totalidad de las dimensiones en que se evalúa la Descripción del Self, además de la variable Longitud.

Este primer dato nos recuerda la noción preliminar de Blatt y Bers (1993), quienes señalan que la depresión implica siempre una distorsión fundamental del Self, de manera que los tres componentes de la experiencia de sí mismo, la afectividad, agencia y conciencia de sí mismo, se ven afectadas drásticamente.

Un primer punto de distinción entre ambos grupos se da en torno a la Longitud de la descripción, observándose que las descripciones de las pacientes depresivas son significativamente más extensas que aquellas del grupo de comparación. Adicionalmente, podemos apreciar que al interior del grupo clínico, la Longitud de las descripciones varía significativamente de acuerdo a dos variables sociodemográficas, Presencia de actividad laboral y estudios posteriores a los secundarios, así como de acuerdo a dos variables clínicas, historia de intervenciones psicoterapéuticas y severidad de Depresión.

La relación entre la Longitud y las variables sociodemográficas plantea que esta variable se relacionaría con la mayor presencia de oportunidades educativas y de inclusión en el ámbito laboral, variables identificadas como recursos para el desarrollo no solo a nivel cognitivo sino también personal. En ese sentido, la Longitud de las descripciones podría relacionarse con la presencia de mayor cantidad de ámbitos de desarrollo o facetas en que el Self se expresa, así como podría asociarse a una mayor productividad en términos cognitivos.

Por otro lado, la correlación con las variables clínicas mencionadas nos permite elaborar hipótesis más complejas. Dado que el grupo que asiste a terapia no es homogéneo, ya que los pacientes son atendidos bajo diferentes modelos de intervención y frecuencia, y que la mayoría ha asistido por periodos de tiempo muy

breves (menos de un mes) difícilmente se puede relacionar las diferencias a nivel de la Longitud con alguna variable del proceso psicoterapéutico. En ese sentido, se podría relacionar las diferencias en la Longitud de acuerdo a la asistencia a psicoterapia con los motivos de derivación a terapia antes que con las propiedades psicoterapéuticas mismas. Ello nos lleva a reparar en la segunda variable clínica que marca distinciones en la extensión del discurso, el nivel de Depresión. El empleo de mayor cantidad de palabras al describirse en pacientes con niveles de Depresión más severos nos permite considerar de forma preliminar que la extensión estaría asociada a alguno de los mecanismos activos que caracterizan a los procesos depresivos.

Una primera hipótesis para comprender esta asociación parte de la consideración de que el describirse extensamente podría reflejar que de forma previa la atención y preocupación de las pacientes están enfocadas en el Self, lo cual sería compatible con los postulados de Ingram (1990), quien señala que una característica de la depresión es un tipo particular de atención centrada en sí mismo que se vuelve rígida, de la cual el paciente difícilmente puede escapar cuando las demandas del medio ameritan que enfoque su atención hacia otras entidades. En ese sentido, los casos con niveles de depresión más severos se caracterizarían por mayores dificultades para liberarse del autoenfoco rígido y obsesivo, lo cual daría cuenta de la mayor extensión de sus descripciones.

Gabilondo (2009), al explicar distinciones similares referidas a la Longitud de las descripciones de pacientes con Bulimia Nerviosa y un grupo control, señala que el emplear mayor cantidad de palabras podría ser reflejo de un sistema mental que esta sobrecargado de información afectiva. Tal hipótesis podría aplicarse a la presenta muestra, ya que las pacientes depresivas se verían invadidas por sentimientos intensamente disfóricos y negativos de forma permanente. Sin embargo, concordamos con Gabilondo (2009) en considerar que sería necesario evaluar las características discursivas de las pacientes depresivas al enfocarse en otros ámbitos con la finalidad de precisar si la tendencia a extenderse forma parte de un patrón discursivo general o está ligado específicamente al enfoque sobre el Self.

Por otro lado, podemos relacionar la mayor extensión de las descripciones con el síntoma de rumiación, el cual constituye una de las características que define los aspectos formales del estilo cognitivo depresivo. Desde la perspectiva de García Badaraco (1988, citado en Winograd, 2005), se considera que en lugar de constituir una falla cognitiva o el reflejo de un fracaso en la elaboración, la rumiación en el depresivo cumple la función de proveer cierta seguridad, evitando la vivencia de vacío. Así, las pacientes depresivas opondrían resistencia a los mecanismos de la rumiación orientados a la elaboración, aferrándose a la dinámica circular que los caracteriza.

Si las diferencias a nivel de la Longitud nos llevan a hipotetizar un mayor interés y preocupación por el Self, las diferencias significativas encontradas en dos escalas de la dimensión Modo de Descripción, el Modo de Predominante de Descripción y el Nivel Conceptual, nos permiten capturar con mayor precisión los aspectos particulares que son foco de interés para los pacientes depresivos al examinarse a sí mismos. Ambas escalas hacen referencia a un aspecto en común que sería particularmente distintivo de los pacientes depresivos, ligado a la tendencia a describirse a sí mismo haciendo mayor énfasis en experiencias subjetivas y aludiendo a cualidades internas, sentimientos, valores y pensamientos para transmitir un sentido del mundo interno del individuo, en contraste con las descripciones que realizan las participantes no pacientes, quienes tienden a ser más concretas y literales, aludiendo principalmente a actividades y cualidades externas de la persona, como rasgos comportamentales y de personalidad. Este tipo particular de énfasis en el mundo interno al describirse se presenta además de forma más marcada a medida que la gravedad del paciente aumenta de acuerdo a una ponderación sintomática cuantitativa.

Si bien tanto investigadores como teóricos coinciden en señalar que una característica central de los pacientes depresivos es la tendencia a enfocarse sostenidamente en sí mismos de forma rígida y excesiva, evaluando permanentemente al Self en el desempeño de todas sus funciones (Bleichmar, 1988; Ingram, 1990), la centralidad del componente afectivo en las vivencias depresivas, independientemente de cuan afectadas se puedan ver otras áreas de funcionamiento del individuo, constituiría una expresión del esfuerzo por parte de los pacientes por articular el intenso nivel de afectividad negativa que experimentan a nivel subjetivo.

Esto se relacionaría con las diferencias encontradas en las escalas que componen la dimensión de Variables Afectivas, de acuerdo a las cuales las descripciones de las pacientes depresivas presentan significativamente más indicadores tanto de Depresión como de Ansiedad. En general, la mayor presencia de indicadores de Depresión en el grupo clínico se encuentra dentro de lo esperable, especialmente si se considera que uno de los criterios de inclusión en el grupo se basaba en los puntajes de una prueba de autoreporte. Sin embargo, cabe precisar que las marcadas diferencias en esta área no dan cuenta únicamente de la presencia de sintomatología activa en las pacientes, sino que reflejan la incorporación de los signos depresivos como aspectos definitorios del Self. Vemos además que se incrementan los indicadores de depresión cuando se trata de pacientes con niveles de depresión más severos, lo cual reflejaría que independientemente del tipo de síntoma depresivo que aqueje al paciente, la experiencia depresiva atraviesa necesariamente

la vivencia del Self. Así mismo, se aprecia cantidades significativamente mayores de indicadores explícitos de depresión en las descripciones de las pacientes que tienen historia de intentos de suicidio. Siguiendo la misma línea, si bien de acuerdo al manual de calificación de las descripciones del Self, la alusión al deseo por quitarse la vida implica automáticamente que la paciente reciba el puntaje más alto en esta escala, la información que plantean estos datos no es redundante, pues implica que las pacientes con historia de intentos de suicidio se definen a sí mismas desde la lógica de la ideación suicida.

Por otra parte, las descripciones de las pacientes depresivas presentan una proporción significativamente mayor de indicadores de ansiedad respecto a las no pacientes, aunque en menor nivel que los indicadores de depresión antes descritos. Si bien entre las pacientes depresivas se encuentran dos casos con trastornos de ansiedad comórbidos, y en general las pacientes tienden a presentar síntomas de este tipo, consideramos que la inclusión de indicadores de ansiedad al representarse a sí mismas daría cuenta no solo de la asociación entre ambas entidades clínicas sino que reflejaría la tendencia de las pacientes a definirse a partir del afecto negativo y las experiencias disfóricas e identificarse con estas. Vemos además que las pacientes que trabajan hacen referencia a mayor cantidad de indicadores de Ansiedad de forma explícita en sus autodescripciones. A partir de lo dicho anteriormente, podría hipotetizarse que al encontrarse en situaciones con estresores potenciales, como lo es la vida laboral, las pacientes depresivas tienden a identificarse con el aspecto emocionalmente negativo de dicha experiencia.

Otro aspecto que constituiría un eje central para la comprensión de la fenomenología de los procesos depresivos, y que estaría relacionado con el énfasis particular en el mundo interno, sería la vulnerabilidad en torno a la autoestima. De acuerdo a Bleichmar (1988), una característica central de los pacientes depresivos sería la tendencia a la auto observación valorativa de todas sus funciones, de manera que el Self es objeto de pesquisas constantes, destinadas a determinar si son valiosos o no según los estándares de su yo ideal.

Estas características pueden relacionarse con los resultados encontrados en la escala de Autorreflexión, de acuerdo a la cual las descripciones de sí mismas de las pacientes depresivas son significativamente más introspectivas y autoreflexivas que aquellas encontradas en el grupo comparativo. Sin embargo, el mayor nivel de introspección y autorreflexión por parte de las pacientes depresivas no necesariamente implicaría un recurso cognitivo, sino que estaría ligado a la tendencia al escrutinio permanente y obsesivo del Self que señalan Blatt y Bers (1993) al caracterizar la depresión introyectiva. En ese sentido, la elevada autorreflexión daría

cuenta de un modo de experimentar el Self y relacionarse con este, dada por una actitud hipervigilante e hiperalerta, puesta en marcha por los mecanismos autovalorativos exacerbados antes mencionados y la permanente preocupación por cotejar el grado de ajuste al ideal del yo.

Podemos apreciar además que las descripciones de las pacientes que trabajan son significativamente más introspectivas y autoreflexivas, cuando podría esperarse lo contrario, ya que se hipotetizaría que deberían estar orientadas a la actividad realizada, y que además esta podría servir como distractor, actuando como factor protector. Una de las posibles explicaciones estaría relacionada al hecho de que al interior del grupo de pacientes, aquellas que presentan mayor nivel de introspección serían también aquellas que presentan las funciones cognitivas mejor preservadas, y por lo tanto, presentan menor nivel de deterioro global, teniendo por ello mayores oportunidades de desempeñarse laboralmente con cierta eficacia. Sin embargo, desde otra perspectiva, podría hipotetizarse que al estar ubicadas en situaciones que requieren el despliegue de diversas capacidades y verse expuestas de forma constante a la mirada evaluadora de algún superior, la función de autoobservación valorativa se vería exacerbada.

En general, tal actitud hipervigilante e hiperalerta es comparable, de acuerdo a Bleichmar (1988), con el funcionamiento de un hipocondríaco, que se encuentre en constante búsqueda de supuestos indicadores o evidencias físicas que confirmen que se encuentra enfermo. Esta similitud nos indicaría que los mecanismos valorativos exacerbados antes descritos estarían ligados a una premisa básica de que se ha hecho algo mal y de que se es malo, la cual revela aspectos más profundos del funcionamiento psíquico de los pacientes depresivos ligados a la forma de verse a sí mismos. Precisamente en la dimensión que explora las particularidades de la Mirada del Self, se encuentran diferencias significativas entre el grupo clínico y el de comparación en todas las escalas que la componen. Como se verá a continuación, es justamente en este ámbito que se encontrarían la mayoría de aspectos claves para la comprensión de las vicisitudes del mundo representacional en los pacientes depresivos.

De acuerdo a Blatt (1995), el intenso nivel de autoescrutinio señalado previamente va de la mano con un fuerte nivel de autocrítica y autocuestionamiento. Respecto al nivel de autocrítica, podemos apreciar que las descripciones del grupo clínico presentan una cantidad significativamente mayor de juicios severos que reflejan una falta de satisfacción con uno mismo frente a estándares inalcanzables. Si bien la posibilidad de asumir una actitud crítica frente a las propias acciones es entendida como una capacidad y potencialmente un recurso adaptativo, ya que llevaría a

desplegar los esfuerzos necesarios para alcanzar un estado idealmente deseado, la autocrítica desmesurada constituye una amenaza potencialmente destructiva para el Self como bien ha descrito Blatt (1995). En la presente investigación se observa que al interior del grupo clínico, los mayores niveles de autocrítica pueden ser encontrados en las pacientes con niveles más graves de depresión, lo cual nos habla de la centralidad de los mecanismos superyoicos en la configuración de los cuadros depresivos.

Diversos autores (Bleichmar, 1988 ; Winograd, 2005) vinculan la severidad superyoica con la internalización de vínculos con objetos frustrantes y punitivos, a partir de lo cual, la dinámica relacional basada en castigar a aquel que se aparta de la norma es incorporada como parte del funcionamiento psíquico, determinando un modo de relación con los demás y con el Self.

Siguiendo esta línea de pensamiento, se puede considerar que la instancia superyoica en las pacientes depresivas se constituye como estructura generadora de reproches en lugar de servir como entidad que produce metas e ideales con valor motivacional para el sujeto. Podemos entender las críticas y autoreproches que predominan en el discurso de las pacientes depresivas como un tipo de castigo que alguien se aplica por no ser como debería en el ideal de la norma moral o de la perfección, dando cuenta de una función crítica exacerbada y desadaptativa. Al respecto, Bleichmar (1988) señala que los pacientes depresivos no se encuentran con aspectos objetables y luego los cuestionan, sino que se aproximan al Self con una actitud hostil hasta encontrar algo objetable. En ese sentido, las funciones de auto escrutinio y autovaloración que se ven hipertrofiadas y exacerbadas estarían al servicio de la hostilidad superyoica, que al encontrarse con un modo de manejo de la agresión basado en la crítica y el reproche se vale de estos mecanismos para castigar al Self cuando no consigue alcanzar ideales axiomáticamente inalcanzables.

De acuerdo a Flett, Hewitt, Blankstein y Mosher (1991), las expectativas y metas realistas y razonables permiten que los individuos disfruten de sus habilidades y estén orientados por una fuerza constructiva que los impulse a mejorar y perfeccionarse continuamente. Al ser guiados por ideales rígidos e inalcanzables, encontrándose bajo el acecho de los mecanismos críticos y cuestionadores del Superyo permanentemente, sin lugar para el más mínimo error, la capacidad de obtener placer a partir de los propios logros se vería afectada, dañándose el sentido de agencia del Self. Las vicisitudes del desarrollo y organización alcanzados por esta dimensión del Self se ven expresadas en las referencias a metas, motivaciones y esfuerzos que son examinados en la escala que aborda el Grado de Ambición.

Cabe destacar, en primer lugar, que si bien una proporción medianamente significativa de pacientes depresivos hacen referencia a aspectos motivacionales (14 de 25), al interior del grupo comparativo únicamente una minoría (2 de 25) alude a estos. Considerando que de acuerdo a la variable de Equilibrio entre Relación y Definición del Self, en ambos grupos aproximadamente la mitad de las participantes se describen a sí mismas a partir de logros y acciones que definen al Self, podemos precisar que esta mayor referencia a aspectos motivacionales en el grupo clínico no estaría asociado a una mayor proporción de sujetos que articulan su self desde la definición de sí mismo más que por aspectos relacionales. Se podría proponer como posible explicación que el sentido de agencia de las participantes no deprimidas se vería expresado predominantemente a través de logros que ya han sido obtenidos como reflejo de su capacidad para la acción, lo cual podría relacionarse con la predominancia de participantes que se desempeñan laboralmente frente a una minoría que se encuentra estudiando.

Por otro lado, en las descripciones de las pacientes depresivas la capacidad de acción se ve cuestionada, de manera que los discursos que se organizan en torno a temas de logro y poder se articulan a partir de su contraparte negativa, ubicando a la incapacidad de acción como característica que define al self. Esto podría relacionarse con la percepción negativa del futuro que describe Beck (1967) como parte de la triada cognitiva de pensamientos de carácter negativo que identificarían a los procesos depresivos. Sin embargo, podemos apreciar que las perturbaciones a nivel del sentido de agencia que son capturadas por esta escala van más allá de sostener una mirada pesimista sobre el futuro, y estarían ligados a la representación de las posibilidades del Self de influir activamente en el medio para obtener lo que desea.

Esto puede ser entendido a la luz de la teoría del Realismo Depresivo (Abramson & Alloy, 1979; Blanco, Matute & Vadillo, 2009) desde la cual se cuestiona la consideración de las cogniciones de tinte negativo que presentan los pacientes depresivos como distorsiones o errores en el procesamiento de información (Beck, 2009), encontrando que los pacientes depresivos tienden a ser más precisos al estimar el impacto de sus acciones sobre posibles resultados. En contraste, las estimaciones de los individuos no deprimidos estarían caracterizadas por un sesgo positivo denominado "Ilusión de Control", que consiste en la creencia de tener control personal sobre eventos o circunstancias incontrolables. Si bien esto afectaría la precisión perceptual, posee un valor positivo en términos motivacionales pues aumenta la probabilidad de respuesta. Como resultado de la pérdida de la habilidad para construir ilusiones que protejan al Self que se observaría en los pacientes depresivos, la probabilidad de respuesta en estos disminuiría significativamente,

instalándose un patrón de pasividad e inacción (Blanco, Matute & Vadillo, 2009). Como señala Bergeret (1981), precisamente la vivencia depresiva se caracterizaría porque ante el reconocimiento de que el objeto existe separadamente, el sujeto se ve reducido a sus propias dimensiones. Esta vivencia de impotencia generalizada ante la constatación de que el Self no es omnipotente da cuenta de un funcionamiento psíquico poco integrado, en el cual las cualidades de agencia y poder son representadas de forma binaria, de manera tal que ante el resquebrajamiento del sentimiento de omnipotencia la única opción que puede contemplar en el psiquismo depresivo en términos representacionales es la de identificarse con la inactividad. Podemos apreciar además que el grado de ambición al interior del grupo clínico correlaciona negativamente con el tiempo de enfermedad. A partir de los postulados de Blanco, Matute y Vadillo (2009) podríamos hipotetizar que a medida que avanza el tiempo de enfermedad, los patrones de pasividad e inacción que describen estos autores se van instalando de forma más arraigada, identificándose el Self con estas características.

Por otro lado, se observa que si bien todas las pacientes presentan bajos niveles de esfuerzo y motivación, existen distinciones sutiles en el grado de ambición de acuerdo a la comorbilidad con otros trastornos. Así, las pacientes que presentan comorbilidad aluden explícitamente a la ausencia de metas y falta de ambición en contraste con aquellas sin comorbilidad, cuyas descripciones están caracterizadas por la falta de certeza y claridad respecto a las metas y la manera en que estas pueden ser alcanzadas. Dado que la comorbilidad con otros trastornos se presenta de forma heterogénea y en porcentajes reducidos (24% con Trastorno Borderline de la Personalidad, 8% con Trastornos de Ansiedad y 4% con Bulimia) difícilmente se puede establecer la relación entre las características particulares de cada uno de estos cuadros y el Grado de Ambición.

De manera general, sin embargo, cabe destacar que diversos autores coinciden en señalar que la presencia de trastornos comorbidos en cuadros depresivos suele estar asociada a un mayor nivel de alteración en el nivel de funcionamiento cotidiano frente a los casos sin comorbilidad (Rush et al, 2005), presentando niveles más pobres de funcionamiento físico y mental, mayor severidad en la presentación de síntomas y mayor índice de afecciones psicosomáticas. Esto repercutiría en la calidad de los recursos a nivel personal y social del individuo (Bronisch & Hecht, 1990), afectando su productividad y capacidad desempeñarse en su rol laboral (Kessler et al 2003, Hranov, 2007), desenvolverse socialmente (Bijl & Ravelli, 2000) y establecer vínculos cercanos y significativos (Bronisch & Hecht, 1990).

Vemos además que en el caso de los pacientes depresivos con trastornos comorbidos, ya se trate de trastornos de la personalidad (Shea, Widiger & Klein, 1992, Viinamäki et.al 2002) o trastornos del Eje 1 (Hranov, 2007), el pronóstico suele ser más pobre, asociándose con menores niveles de respuesta al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, menores tasas de remisión, mayores tasas de recurrencia y cronicidad, mayor riesgo de recaídas y resistencia terapéutica más pronunciada.

Considerando la especial sensibilidad de los pacientes depresivos para registrar la información autoreferencial de carácter negativo (Bieling & Segal, 2004; Rehm, Wagner & Ivens-Tyndal, 2001), la percepción de las perturbaciones en la capacidad para desempeñarse de forma competente e influir en el medio social, así como la constatación de las dificultades en el tratamiento, menoscabarían significativamente el sentido de autoeficacia y agencia personal, facilitando la identificación del Self con un sentido de incapacidad e impotencia.

Si bien hasta el momento se ha podido dar cuenta del estilo obsesivo, crítico y autocuestionador que caracteriza a la forma de relacionarse con el Self en los pacientes depresivos a partir de las escalas revisadas, a través de la escala de Autovaloración podemos capturar una de las particularidades fundamentales del funcionamiento depresivo; la percepción predominantemente negativa, crítica, cargada de odio a sí mismo y que incluso puede llegar a la negación del Self. Este aspecto resulta especialmente importante, ya que el plano valorativo adquiriría una importancia central para la definición del sí mismo en este tipo de pacientes, al punto de que Winograd (2005) señala que la identidad nuclear del sujeto estaría íntimamente relacionada con la representación valorativa que el sujeto hace de sí mismo. Bleichmar (1988) señala que en los pacientes con depresión caracterológica, la desvalorización crónica se relaciona con la ubicación del yo ideal fuera de los límites de la representación del sí mismo. Este apartamiento de la identificación con el yo ideal de perfección puede ser vivido como un derrumbamiento de Self que conduce a la identificación con el negativo del yo ideal, desde la cual el acceso a la valía y estima se encuentra restringido.

Esta manera particular de mirar al Self y representarlo valorativamente estaría asociada a la forma en que la mirada de los otros ha sido vivenciada y continúa siendo experimentada desde momentos muy tempranos del desarrollo del Self (Blatt & Auerbach, 2000, 2001, Bleichmar, 1988; Winograd, 2005). Winograd (2005) señala que los códigos comunicativos y vinculares de los padres se encuentran muy presentes en el psiquismo de los pacientes depresivos, actuando en forma de sutiles autodescalificaciones. En general, diversos autores (Blatt & Auerbach, 2000, 2001,

Bleichmar, 1988) coinciden en señalar que la representación del Self es construida en el contexto intersubjetivo que se despliega entre el sujeto y los personajes significativos de su infancia. Las características particulares que definen las modalidades relacionales particulares que identifican a los pacientes depresivos son capturadas por la dimensión de Capacidad de Relación. En general, podemos apreciar que, tanto en el grupo clínico como en el de comparación, el nivel de articulación de las relaciones en la descripción del Self es similar, presentándose ciertas distinciones al interior del grupo clínico. Se observa que las pacientes que trabajan caracterizan sus vínculos con mayor especificidad y elaboración al describirse a sí mismas que aquellas que no trabajan, lo cual podría relacionarse con la naturaleza social de la actividad laboral. Así mismo, se aprecia que las pacientes que se definen a sí mismas en términos relacionales presentan niveles significativamente mayores de elaboración en sus relaciones personales, lo cual se encuentra dentro de lo esperado dado que el aspecto distintivo de este subgrupo es la orientación hacia los otros.

Si bien el grado de articulación de las relaciones es similar en el grupo clínico y el comparativo, es en la calidad de los sentimientos y percepciones referidas a los otros que ambos grupos presentan diferencias significativas. Se encuentra que en las pacientes depresivas predominan los sentimientos y percepciones negativas en relación a los otros, lo cual se ve reflejado en la sensación de ser rechazado, juzgado e inclusive dañado por otros, mientras que en las participantes del grupo comparativo se observa un mayor nivel de satisfacción en las relaciones y sentimientos positivos hacia los demás. Cabe recordar lo señalado por Lizardi (et al, 1995), quien refiere que entre los pacientes con distimia y depresión existen índices de historia de abuso sexual y físico mayores a aquellos encontrados en población no depresiva. Así mismo, Blatt, Wein, Chevron y Quinlan (1979), al estudiar la calidad de las imágenes parentales en pacientes depresivos, señalan que estos tienden a describir experiencias de privación afectiva durante la infancia, percibiendo a sus padres como poco nutricos, carentes de soporte y afecto. Una distinción importante entre ambos grupos observada cualitativamente tiene que ver con que las pacientes depresivas tienden a hacer referencia a los vínculos con figuras significativas en el pasado, principalmente durante la infancia, en contraste con las no pacientes, quienes describen en su mayoría sus vínculos presentes.

Esta caracterización negativa de los vínculos va más allá de la percepción negativa de los otros que Beck (1967) describe como parte de la triada cognitiva de la depresión, sino que refleja la vivencia del Self en relación. Así, se hipotetizaría que a partir de los procesos vinculares cargados de agresión y privación afectiva, las

relaciones interpersonales estarían representadas como frustrantes, marcadas por una intensa necesidad afectiva no satisfecha y el componente agresivo exacerbado.

Esto se relacionaría con las diferencias encontradas respecto al Nivel de Relación, dimensión que explora el nivel de incorporación de las necesidades de los otros en la representación del Self, en la cual contrasta la unilateralidad que caracteriza a las descripciones de las pacientes depresivas, frente a la mutualidad y reciprocidad de las no pacientes. Este hallazgo es coherente con las observaciones de Blatt (2003) en pacientes con depresión anaclítica o introyectiva, quien señala que en la depresión anaclítica predomina el temor a la separación física y concreta del otro, a la pérdida de cuidado y amor, mientras que en la depresión introyectiva predomina el temor a la pérdida de aprobación. Independientemente de las distinciones en términos del nivel de conceptualización y simbolismo en la representación objetal, en ambos casos se encuentra presenta una intensa preocupación por perder la mirada deseante y valorativa del otro. De acuerdo a Blatt y Bers (1993) el surgimiento del self se torna posible gracias a la acción libidinizante de un otro que lo ubica como objeto de deseo y es precisamente a partir de que el infante se experimenta a sí mismo como objeto del amor y deseo de los padres que se fundan las bases de la sensación de valía personal y el desarrollo de la identidad personal.

Esto estaría vinculado con las distinciones apreciadas en la escala de Nivel de Definición del Self, la cual señala que en las descripciones de las pacientes depresivas se retrata al sí mismo en un estado de tránsito entre hacer valer sus derechos frente a los otros y experimentarse desde sí de una manera no reactiva, mientras que en las descripciones del grupo comparativo predomina un sentido del Self que comienza a ser experimentado internamente y desde el sí mismo en lugar de reactivo.

Esta dificultad para experimentar al self desde sí mismo puede ser entendida a partir de las formulaciones de Liberman (1971), quien señala que en los pacientes depresivos la relación con los objetos externos tiene como finalidad la regulación de los conflictos con los objetos internos representantes del superyo. En otras palabras, los pacientes tratarían de aplacar las críticas y exigencias de un superyo cruel a través de la atención y admiración de personas significativas. Al ubicar la función de regulación de la autoestima en los otros, el paciente depresivo encontraría una forma precaria de reestablecer el equilibrio de su autoestima en el cual esta depende profundamente de la presencia de otro como regulador de las funciones autovalorativas. Podemos apreciar además que al interior del grupo clínico el Nivel de Definición del Self correlaciona negativamente con la edad de las pacientes. Esto podría relacionarse con algunas de las tareas y expectativas que forman parte del proceso evolutivo de las personas que se acercan al límite superior del rango de edad

comprendido en la muestra utilizada. La expectativa de contar con ciertos logros a nivel laboral que confirmen la agencia del Self constituye un escenario especialmente peligroso para el Self de las pacientes depresivas debido al intenso nivel de autocrítica que las caracteriza, la crueldad de sus mecanismos comparativos y la vulnerabilidad en el ámbito de la autoestima.

En general, tanto las dificultades para reconocer las necesidades de los otros que describe la escala de Nivel de Relación, como la atribución de la función de la regulación de la actividad valorativa a los demás, darían cuenta de la presencia de dificultades en los procesos de separación y diferenciación que se expresan en la dificultad para definirse a sí mismas en ausencia de referentes externos. Esto interferiría con la posibilidad de desarrollar un sentido de integración emocional, cohesión, y satisfacción de la propia vida a través de la agencia y la capacidad para relacionarse, lo cual es examinado por la escala de Nivel de Integración. Al respecto, podemos apreciar que en las descripciones de las pacientes se percibe un menor sentido de integridad entre aspectos positivos y negativos a través del tiempo en contraste con el grupo de comparación. En particular, las descripciones de las pacientes reflejan un sentido de lucha para definir o volverse quien uno quiere ser pero con escasa certeza acerca de si esto es posible, mientras que las participantes del grupo comparativo reflejan encontrarse en un punto más avanzado de integración, en el cual se encuentran en un estado de tránsito entre la propia continuidad y la seguridad en las propias capacidades de agencia y relación con los otros.

La manera particular de manejar la existencia de aspectos con distintas cargas valorativas al interior del Self es examinado de manera preliminar por la escala de Tolerancia a la Contradicción. En este punto se observa que en las descripciones del grupo clínico existe mayor nivel de coexistencia de aspectos contradictorios en la construcción del Self, aún cuando ello pueda ser poco tolerado por el individuo, en contraste con el grupo de comparación, cuyas descripciones suelen caracterizarse por una percepción más unilateral de la propia persona.

Blatt, Allison y Feirstein (1969) señalan que la capacidad para tolerar y lidiar exitosamente con la ambigüedad, complejidad y contradicción aparente sería independiente del nivel de funcionamiento intelectual y estaría ligada a la capacidad para lidiar eficazmente con la complejidad introducida por los impulsos, fantasías y porciones de pensamiento ilógico y primario. En ese sentido, las personas que presentan dificultades para organizar y modular sus impulsos y fantasías serían propensos a presentar dificultades al ser confrontados con complejidad cognitiva. Desde esta perspectiva, se puede comprender que si bien las pacientes depresivas admiten la coexistencia de aspectos contradictorios de sí mismas a nivel

representacional, presentan dificultades para lidiar con dichas contradicciones e integrarlas y asimilarlas efectivamente debido al intenso monto afectivo que las acompaña.

Sin embargo, llama la atención el comportamiento de esta variable en el grupo de comparación respecto al grupo clínico, ya que las no pacientes tienden a describirse a sí mismas de forma predominantemente positiva pero unilateral, y por lo tanto, reflejarían menor nivel de Tolerancia a la Contradicción. Este resultado puede ser entendido a la luz de la teoría del Realismo Depresivo (Abramson & Alloy, 1979; Blanco, Matute & Vadillo, 2009) previamente descrita, de acuerdo a la cual los pacientes depresivos habrían perdido la habilidad para construir ilusiones que protejan al Self. El postulado de la existencia de sesgos positivos de valor adaptativo y niveles de realismo desadaptativo en el ámbito de la percepción de control pueden ser trasladados al campo de las representaciones del Self. En el caso de la presente investigación, podemos apreciar que los pacientes depresivos se encontrarían más cerca de describirse en términos realistas ya que incorporan elementos contradictorios a pesar de que estos no sean adecuadamente integrados o asimilados. Siguiendo esta línea, podríamos hipotetizar que la integración de elementos positivos y negativos de sí mismo que describen los puntajes más altos de la escala de Tolerancia a la Contradicción y que estaría asociada a un funcionamiento psíquico ideal, requiere atravesar un proceso introspectivo que no necesariamente sería emprendido en ausencia de aspectos conflictivos o dolorosos que lo motiven y que no necesariamente sería imprescindible para un funcionamiento saludable y adaptativo. En ese sentido, la unilateralidad observada en las participantes del grupo comparativo podría reflejar la presencia de algún tipo de sesgo perceptual adaptativo y positivamente orientado que actúa de forma activa, desplazando de la conciencia cualquier atributo negativo al enfocarse en sí mismas. Así, las cualidades positivas permanecerían intactas y libres de la objeción que podría plantear la presencia de atributos negativos contradictorios, de manera que la construcción de una representación positiva de sí mismo mantenga el afecto positivo y preserve la autoestima. Este tipo de sesgos estaría ausente en las descripciones de las pacientes depresivas, en cuyo caso el mundo representacional se vería invadido de contenidos de tinte negativo sin posibilidad de ser regulados.

Al examinar al grupo de pacientes depresivas, encontramos que aquellas que se definen a sí mismas en términos relacionales suelen incorporar más elementos contradictorios, que aquellas que se definen en torno al Self, cuya representación es unilateralmente negativa y coloca a la incapacidad de acción como una característica definitoria del Self.

De acuerdo a Blatt (2010, comunicación personal), esto podría relacionarse con el hecho de que la depresión anaclítica es más congruente con los mandatos sociales de género femeninos, en el sentido de que priorizan las temáticas relacionales, y por lo tanto este sub-tipo de pacientes que se definen a partir de sus relaciones serían más funcionales y “psicológicamente intactas” pues no tendrían que enfrentarse a las expectativas y convenciones sociales de su propio género, como es el caso de las pacientes que se definen desde sí mismas. Blatt (2003) señala además que las mujeres con mayor tendencia autocrítica tienden a experimentar mayores críticas abiertas y encubiertas por parte de otras personas, así como problemas referentes a la definición de su propia identidad, vinculados principalmente al conflicto que emerge entre las demandas relacionales de cuidado/maternidad y las demandas de logro que forman parte de la cultura occidental. Esto va de la mano con los hallazgos de Luyten et. al. (2006), quien encuentra que la presencia de características de personalidad incongruentes con el propio género, como es el caso particular de la autocrítica en mujeres, estaría asociada con mayor riesgo para desarrollar depresión clínica y otros trastornos.

En general, este menor sentido de integración entre aspectos positivos y negativos a través del tiempo que las pacientes reflejan, así como la sensación subjetiva de lucha para definir o volverse quien uno quiere ser pero con escasa certeza acerca de si esto es posible, nos permiten delinear algunos aspectos que consideramos centrales para la configuración de la subjetividad en las pacientes depresivas.

Sintetizando los hallazgos principales, podemos considerar que este estado de tensión entre la representación idealizada del Self y la duda respecto a las propias posibilidades de alcanzar tal condición de perfección como trance medular que atraviesa el mundo representacional de los pacientes depresivos daría cuenta de la centralidad de las vicisitudes de la dimensión valorativa para el sostenimiento de la experiencia subjetiva de sí mismo.

El funcionamiento superyoico caracterizado por un escrutinio riguroso y hostil hacia el Self, guiado por la arraigada creencia de la propia negatividad, hace de cualquier falla o imperfección una amenaza potencial para la integridad del Self, cuya representación valorativa es altamente vulnerable al estar sujeta a ideales tan inalcanzables como imperiosos.

En este contexto de ideales de valor divididos en extremos absolutos, “perdonar” las fallas implicaría cuestionar el absolutismo de un Ideal del Yo rígido y opresor, frente al cual los depresivos se encuentran sometidos. Siguiendo los postulados de Bergeret (1981), ante la falta de introyectos benevolentes, es decir, de

registros de miradas positivas y voces de aliento que resguarden al Self, este quedaría desprotegido frente a un Ideal del Yo tiránico y sádico.

Este imperativo de identificación con dicho Ideal del Yo como contraparte a la creencia central de que se es malo conformaría un sistema de creencias que enfrasca al individuo en una lucha inacabable por mantener su autoestima a flote. Ello, además, perturba la subjetividad del depresivo al punto de que incluso la actividad relacional se ve puesta al servicio de la regulación de la autoestima, de manera que la posibilidad de reconocer al otro como individuo separado y establecer relaciones en que predomine la mutualidad y reciprocidad se ve disminuida.

Desde esta perspectiva puede ser entendido el dato de que muchos de los pacientes de la presente muestra hayan referido en sus descripciones que la tarea de hablar de sí mismos les resulta difícil e incluso desagradable, pero sus descripciones hayan sido mucho más extensas, profundas y detalladas que las de los no pacientes. Esta dinámica constituiría el reflejo de como para los pacientes depresivos el sostenimiento de la experiencia subjetiva del Self resulta su tarea más ardua, pero a su vez, la más esencial.

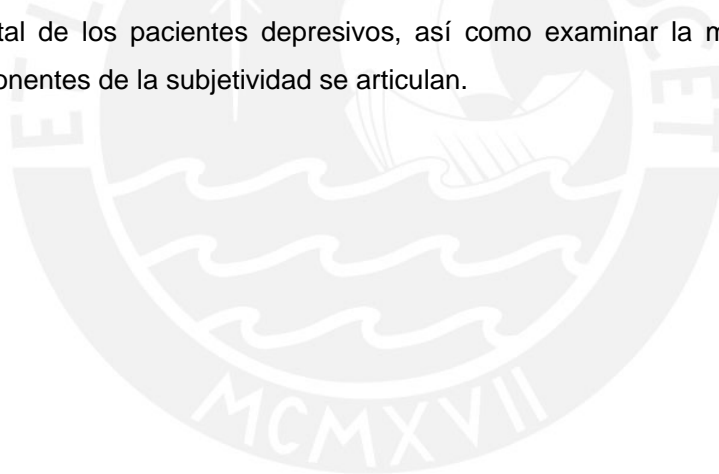
En general, los datos aportados por la presente investigación permiten precisar y matizar el conocimiento que se tiene acerca de las características del Self y las complejas dinámicas que se despliegan al interior de la configuración mental de los pacientes depresivos

La implementación de instrumentos de corte psicoanalítico como la Escala de Evaluación de las Descripciones del Self abre la posibilidad de explorar aspectos de la subjetividad que antes solo eran abordados por la reflexión clínico-teórica, aportando respaldo empírico y psicométrico, precisamente uno de las principales vacíos y foco de críticas a esta línea de pensamiento. Dado que la investigación en nuestro medio con este tipo de instrumentos es aún incipiente, la presente se añade al bagaje de investigación clínica sobre el papel del Self en procesos psicopatológicos, aportando a la validez de criterio de la versión peruana de la prueba y reafirmando la idoneidad de esta para capturar el estilo discursivo de nuestra población.

Se pueden además señalar algunos aspectos por afinar con miras a obtener mayor nivel de fidelidad en las apreciaciones formuladas. En primer lugar, la comparación con otros grupos clínicos permitiría especificar aquellos puntos que podrían caracterizar y diferenciar al sistema mental de los pacientes depresivos respecto a los pacientes psiquiátricos en general. Considerando que se ha establecido diversas formas de asociación entre variables de género y aspectos clínicos relevantes en pacientes depresivos (Luyten, et al 2006), resultaría pertinente además explorar el Self en pacientes masculinos que sufran de depresión.

Así mismo, dado que el dividir al grupo de pacientes de acuerdo al tipo de temática que predomina en la descripción (Relación vs Definición del Self) se introducen planteamientos sugerentes, la inclusión de criterios externos a la misma escala que permitan diferenciar la polaridad de experiencia predominante en los pacientes fortalecería las formulaciones realizadas en este aspecto.

Finalmente, en concordancia con lo planteado por Gabilondo (2009), consideramos importante analizar la naturaleza del discurso de las pacientes al enfocarse en otros temas, puesto que algunas de las características antes mencionadas podrían no ser exclusivas del discurso sobre el Self, sino del estilo discursivo de las pacientes. En ese sentido, consideramos que no se debe descartar la posibilidad de que la alusión a temas negativos, indicadores de depresión y ansiedad, en lugar de reflejar que la persona se define a partir de estos aspectos, indique que los afectos disfóricos dominan el mundo representacional del sujeto. Por ello, consideramos que la exploración de las representaciones del Self debe ir de la mano con la investigación acerca de las representaciones objetales, con la finalidad de obtener un panorama más amplio de los aspectos simbólicos y representacionales del sistema mental de los pacientes depresivos, así como examinar la manera en que ambos componentes de la subjetividad se articulan.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, L., Metalsky, G., Alloy, L. (1989) Hopelessness Depression: A Theory-Based Subtype of Depression. En : *Psychological Review 1989, VoUS, No. 2, 358-372*
- Abramson, L. & Alloy, L. (1979). Judgment of contingency in depressed and nondepressed students: Sadder but wiser? En: *Journal of Experimental Psychology; General, 108, 441-485*
- Abramson, L., Seligman, M., Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. En: *Journal of Abnormal Psychology, 87, 49-74.*
- Alcantara, N. (2008). *Sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento en pacientes con VIH*. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Argumedo, D. & Gabilondo, R. (2008). *Manual de la Entrevista de la Evaluación de las Descripciones del Self*. Manual no publicado, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Bebbington, P. (2004) The Classification and Epidemiology of Unipolar Depression. En: *Mood Disorders : A Handbook of Science and Practice*. Power, M.(Editor). Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons
- Beck, A., Steer, R., Brown, G. (2006). *Inventario de Depresión de Beck. Segunda Edición*. Buenos Aires, Paidós.
- Beck, A., Kovacs, M. (1978). Maladaptive Cognitive Structures in Depression. En: *American Journal of Psychiatry Vol. 135, pp. 525-533, 1978*
- Beck, A. (1967) *Depression : causes and treatment*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.
- Bergeret, J. (1981) *Manual de Psicología Patológica: Teoría y Clínica*. Barcelona: Masson
- Bers, S., Blatt, S., Dolinsky, A. (2004) The sense of self in anorexia-nervosa patients: a psychoanalytically informed method for studying self-representation. En: *Psychoanalytic study of the child, 2004, Vol 59.*
- Bers, S., Blatt, S., Sayward, H. & Johnston, R. (1993). Normal and Pathological Aspects of Self-Descriptions and Their Change Over Long-Term Treatment. En: *PSYCHOANALYTIC PSYCHOLOGY, 1993, 10(1), 17-37*
- Bieling, P. & Segal, Z. (2004). *Cognitive models and issues in depression*. En: *Mood Disorders : A Handbook of Science and Practice*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons.

- Bijl R. & Ravelli A. (2000). Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). En: *Psychol Med* 2000; 30: 657_68.
- Blanco, F., Matute, H. & Vadillo, M. (2009). Depressive Realism: Wiser or Quieter?. En: *The Psychological Record*, 2009, 59, 551–562
- Blatt, S.; Luyten, P. (2007) Looking Back Towards the Future: Is It Time to Change the DSM Approach to Psychiatric Disorders? The case of Depression. En: *Psychiatry; Summer 2007; 70, 2; ProQuest Psychology Journals pg. 85*
- Blatt, S. (2003). *Experiences of Depression. Theoretical, Clinical and Research Perspectives*. Washington: American Psychological Association.
- Blatt, S. & Auerbach, J. (2001). Mental Representation, Severe Psychopathology, and the Therapeutic process. En: *J Am Psychoanal Assoc* 2001; 49; 113
- Blatt, S.; Auerbach, J. (2000). Psychoanalytic Models of the Mind and their Contributions to Personality Research. En: *European Journal of Personality. 14: 429-447 (2000)*
- Blatt, S.; Levy, K. (1998). A psychodynamic approach to the diagnosis of psychopathology. En: *Making diagnosis meaningful : enhancing evaluation and treatment of psychological disorders. Washington, D.C. : APA, 1998 p. 73-109*
- Blatt, S. Bers, S. (1993). The sense of Self in Depression: A Psychodynamic Perspective. En: *The self in emotional distress. Cognitive and Psychodynamic Perspectives.. New York: The Guilford Press.*
- Blatt, S., Bers, S. & Schaffer, C. (1992). *The assessment of self descriptions*. Unpublished research manual, Yale University.
- Blatt, S.; Blass, R. (1992). Relatedness and self-definition : two primary dimensions in personality development, psychopathology, and psychotherapy. En: *Interface of psychoanalysis and psychology. Washington, D.C. : APA, 1992 p. 399-428*
- Blatt, S.; Maroudas, C. (1992). Convergences among psychoanalytic and cognitive-behavioral theories of depression. En: *Psychoanalytic psychology -- Vol. 9, no. 2 (1992) p. 157-190*
- Blatt, S. (1990). Interpersonal relatedness and self-definition : two personality configurations and their implications for psychopathology and psychotherapy. En: *Repression and dissociation : implications for personality theory, psychopathology, and health. Chicago : University of Chicago Press, 1990 p. 299-335*
- Blatt, S., Chevron, E., Quinlan, D., Schaffer, C & Wein, S. (1988). *The Assesment of Qualitative and Structural Dimensions of Object Representations (Revised Edition)*. Unpublished Research Manual, Yale University.
- Blatt, S.; Shichman, S. (1983) Two primary configurations of psychopathology. En: *Psychoanalysis and contemporary thought -- Vol. 6 (1983) p. 187-254*

- Blatt, S., Wein, S., Chevron, E. & Quinlan, D. (1979). Parental Representations and Depression in Normal Young Adults. En: *Journal of Abnormal Psychology* 1979, Vol. 88, No. 4, 388-397
- Blatt S., D'Afflitti J. & Quinlan, D. (1976). Experiences of depression in normal young adults. En: *Journal of Abnormal Psychology* 85:383–389.
- Blatt, S., Allison, J., & Feirstein, A. (1969). The capacity to cope with cognitive complexity. En: *Journal of Personality*, 1969, Volumen 37.
- Bleichmar, H. (1988). *La depresión, un estudio psicoanalítico*. Nueva Visión: Buenos Aires.
- Boland, R.; Keller, M. (2008). *Course and Outcome of Depresison*. En *Handbook of depression. Second Edition*. New York: Guilford Press. Editado por Gotlib, C. & Hammen, C.
- Brenlla, M. & Rodríguez, C. (2006). Adaptación Argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). En: *Inventario de Depresión de Beck. Segunda Edición*. Buenos Aires: Paidós
- Bronisch T & Hecht H. (1990) Major depression with and without a coexisting anxiety disorder: social dysfunction, social integration, and personality features. En: *Journal of Affect Disorders* 1990; 20: 151_7.
- Carmody, D. & Lega, L., (2004). *Características psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II. Versión en Español*. Recuperado de la web el 14 de Junio del 2009: <http://www.umdj.edu/iscdweb/psicologiaconductual2004.pdf>
- Flett, G., Hewitt, P., Blankstein, K. & Mosher, S. (1991). Perfectionism, self-actualization, and personal adjustment. En: *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 147-160
- Fogel, J., Eaton, W., Ford, D. (2006). Minor depression as a predictor of the first onset of major depressive disorder over a 15-year follow-up. En: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006: 113: 36–43
- Forsell, Y. (2007). A three-year follow-up of major Depression, dysthymia, minor depression and subsyndromal depression: results from a population-based study. En: *Depression and anxiety* 24:62–65
- Gabilondo, R. (2009). *Representaciones mentales del self en un grupo de pacientes con bulimia nerviosa*. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Hernandez, R., Fernandez, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación. Cuarta Edición*. McGraw Hill: México.
- Hranov, L. (2007) Comorbid anxiety and depression: illumination of a controversy. En: *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2007; 11(3): 171_189
- Huprich, S. (2001). The Overlap of Depressive Personality Disorder and Dysthymia, Reconsidered. En: *Harvard Rev Psychiatry Volume 9, Number 4*

- Ingram, R. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. En: *Psychological Bulletin*, 107, 156–176.
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi” (2003). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana: Informe General*. En: *Anales de Salud Mental, Lima, Perú - 2003 - Volumen XIX, Nos. 1 y 2*
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi” (2002). *Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental: Informe General*. En: *Anales de Salud Mental, Lima, Perú - 2002 - Volumen XVIII, Nos. 1 y 2*
- Irastorza, L. (2001). Distimia y personalidad depresiva: diferenciación clínica. En: *Actas Españolas de Psiquiatría* 2001;29(5):318-326
- Judd, L., Akiskal, H., Maser, J., Zeller, P; Endicott, J., Coryell, W., Paulus, M. Kunovac, J., Leon, A., Mueller, T., Rice, J., Keller, M. (1998). A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. En: *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:694–700.
- Keller, M. & Hanks, D. (1995). Course and natural history of chronic depression. En: *Diagnosis and treatment of chronic depression*. New York: Guilford Press.
- Keller, M. & Shapiro, R. (1982). “Double Depression”: Superimposition of Acute Depressive Episodes on Chronic Depressive Disorders. En: *American Journal of Psychiatry* 139:4, April 1982
- Kendler, K.; Gardner, C. (1998). Boundaries of Major Depression: An Evaluation of DSM-IV Criteria. En: *Am J Psychiatry* 155:172-177, February 1998.
- Kessler, R.; Wang, P. (2008). Epidemiology of Depression. En *Handbook of depression. Second Edition*. New York: Guilford Press. Editado por Gotlib, C. & Hammen, C.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K., Rush, J., Walters, E., Wang, P., (2003) The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). En: *JAMA* 289:3095–3105
- Klein, D., Durban, E. Shankman, S. (2008) Personality and Mood Disorders. En *Handbook of depression. Second Edition*. New York: Guilford Press. Editado por Gotlib, C. & Hammen, C.
- Klein, D. & Santiago, N. (2003). Dysthymia and Chronic Depression: Introduction, Classification, Risk Factors, and Course. En: *Journal of Clinical Psychology /In Session* 59:807–816
- Klein, D.N., Schwartz, J.E., Rose, S., & Leader, J.B. (2000). Five-year course and outcome of dysthymic disorder: A prospective, naturalistic follow-up study. En: *American Journal of Psychiatry*, 157, 931–939.
- Klerman, L. (1990). Approaches to the phenomena of comorbidity. En: *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press

- Levy, K., Edell, E., McGlashan, E. (2007). Depressive Experiences in Inpatients with Borderline Personality Disorder. En: *Psychiatr Q* (2007) 78:129–143
- Liberman, D. (1971). *La Comunicación en terapéutica psicoanalítica. Aplicaciones de la teoría de la comunicación al proceso transferencial*. Eudeba: Buenos Aires
- Lizardi, H., Klein, D., Ouimette, P., Riso, L., Anderson, L. & Donaldson, S. (1995). Reports of the Childhood Home Environment in Early-Onset Dysthymia and Episodic Major Depression. En: *Journal of Abnormal Psychology* 1995, Vol. 104, No. 1, 132-139
- Luyten, P., Sabbe, B., Blatt, S., Meganck, S., Jansen, B., De Grave, C., Maes, F., Corveleyn, J. (2006). Dependency and Self-Criticism: Relationship with Major Depressive Disorder, Severity of Depression and Clinical Presentation. En: *Depression and Anxiety*.
- Marshall, M., Zuroff, D., McBride, C., Bagby, M. (2008). Self-Criticism Predicts Differential Response to Treatment for Major Depression. En *journal of clinical psychology*, Vol. 64(3), 231–244
- McBride, C. Farvolden, P. & Swallow, S. (2007). Major Depressive Disorder and Cognitive Schemas. En: *Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems. A Scientist-Practitioner Guide*. Editado por Riso, L., Du Toit, P., Stein, D. & Young, J. Washington, DC. : APA
- McCullough, J., Klein, D., Keller, M., Holzer, C., Davis, S., Kornstein, S., Howland, R., Thase, M., & Harrison, W. (2000). Comparison of DSM-III-R chronic major depression and major depression superimposed on dysthymia (double depression): Validity of the distinction. En: *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 419– 427
- Melipillán R., Cova, F., Rincón, P., Valdivia, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. En: *TERAPIA PSICOLÓGICA* 2008, Vol. 26, N° 1, 59-69
- Nemeroff, C. (2002). Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders: The Rule, Not the Exception?. En: *Am J Psychiatry* 159:1, January 2002
- O'Donohue, W., Fowler, K. Lilienfeld, S. (2007) *Personality Disorders: Toward the DSM-V*. Sage Publications, Inc; 1 edition.
- Organización Mundial de la Salud-OMS (1992). *Manual de trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)*. Madrid: Meditor
- Penley, J., Wiebe, J., Nwosu, A. (2003). Psychometric Properties of the Spanish Beck Depression Inventory–II in a Medical Sample: En: *Psychological Assessment* 2003, Vol. 15, No. 4, 569–577
- Praag, H. (2001). Flaws of Current Diagnosis of Depression. En: *Depressive Disorders; John Wiley & Sons, LTD, Inglaterra*. Editado por Maj, M. & Sartorius, N.
- Rapaport, M., Judd, L., Schettler, P., Yonkers, K., Thase, M., Kupfer, D., Frank, E., Plewes, J., Tollefson, J., Rush, J. (2002). A Descriptive Analysis of Minor Depression. En: *American Journal of Psychiatry* 2002; 159:637–643

- Rehm, L., Wagner, A., Ivens-Tyndal, C. (2001). Mood Disorders: Unipolar and Bipolar. En: *Comprehensive Handbook of Psychopathology (3rd Edition)*. Adams, H. (Editor). Hingham, MA, USA: Kluwer Academic Publishers, 2001. p 277.
- Riso, L. & McBride, C. (2007). Introduction: A Return to a Focus on Cognitive Schemas. En: *Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems. A Scientist-Practitioner Guide*. Editado por Riso, L., Du Toit, P., Stein, D. & Young, J. Washington, DC. : APA
- Rodríguez, L. (2008). *Sintomatología depresiva y riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes universitarias y preuniversitarias*. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Rush, J.; Zimmerman, M. ; Wisniewski, S.; Fava, M. ; Hollon, S. ; Warden, D. ; Biggs, M. ; Shores-Wilson, K. ; Shelton, R. ; Luther, J. ; Thomas, B. ; Trivedi, M. (2005). Comorbid psychiatric disorders in depressed outpatients: Demographic and clinical features. En: *Journal of Affective Disorders, Vol 87(1), Jul, 2005. pp. 43-55.*
- Ryder, A., Bagby, M. & Schuller, D. (2002). The Overlap of Depressive Personality Disorder and Dysthymia: A Categorical Problem with a Dimensional Solution. En: *Harvard Rev Psychiatry November/December 2002*
- Sanz, J., Garcia-Vera, M., Espinosa, R., Fortun, M., Vazquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. En: *Clínica y Salud, 2005, vol. 16 n.º 2 - Págs. 121-142.*
- Sanz, J., Navarro, M. E., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck—II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. En: *Análisis y Modificación de Conducta, 29(124), 239-288.*
- Sanz, J., Perdigón, L. A., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck—II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. En: *Clínica y Salud, 14(3), 249-280.*
- Segal, Z., Muran, C. (1993) A cognitive perspective on Self-representation in Depression. En: *The self in emotional distress. Cognitive and Psychodynamic Perspectives..* New York: The Guilford Press.
- Shea, M.; Widiger, T.; Klein, M. (1992). Comorbidity of Personality Disorders and Depression Implications for Treatment. En: *Journal of Consulting and Clinical Psychology. December 1992 Vol. 60, No. 6, 857-868*
- Stefanis, C, Stefanis, N. (2001) Diagnosis of Depressive Disorders: A Review. En: *Depressive Disorders; John Wiley & Sons, LTD, Inglaterra. Editado por Maj, M. & Sartorius, N.*
- Viinamäki, H., Hintikka, J., Tanskanen, A., Honkalampi, K., Antikainen, R., Koivumaa, Honkanen, H., Haatainen, K., Saarinen, P., Lehtonen, J. (2002) Partial remission in major depression: A two-phase, 12-month prospective study. En: *Nordic Journal of Psychiatry; Feb2002, Vol. 56 Issue 1, p33-37.*

- Watson, D. (2005). Rethinking the Mood and Anxiety Disorders: A Quantitative Hierarchical Model for DSM–V. En: *Journal of Abnormal Psychology* 2005, Vol. 114, No. 4, 522–536
- Wiebe, J., Penley, J. (2005). A Psychometric Comparison of the Beck Depression Inventory—II in English and Spanish. En: *Psychological Assessment* 2005, Vol. 17, No. 4, 481–485
- Winograd, B. (2005). *Depresión: ¿Enfermedad o Crisis? Una perspectiva psicoanalítica*. Paidós: Buenos Aires.
- World Health Organization-WHO (2001). *The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*.





ANEXOS



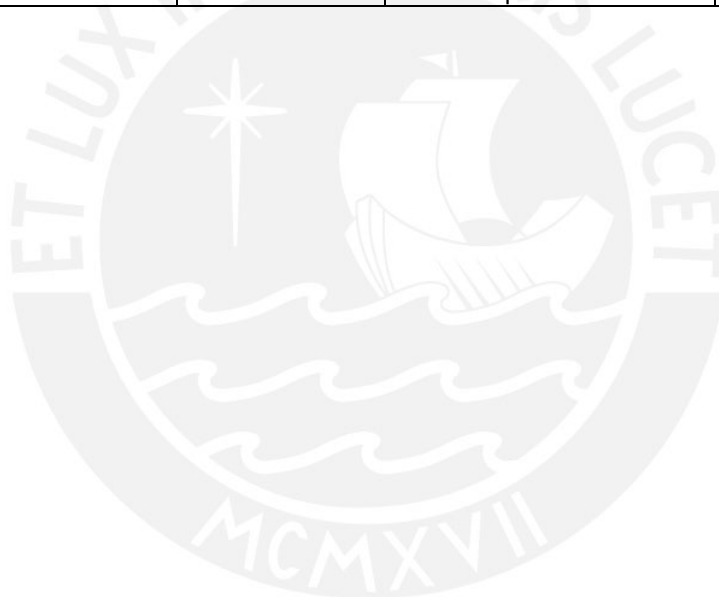


ANEXO I

Ficha de Datos Sociodemográficos y Clínicos

FICHA DE DATOS

Edad		Lugar de Procedencia	
Grado de Instrucción		Estado Civil	
Ocupación			
Composición Familiar			
Otros Trastornos Psiquiátricos			
Tiempo de enfermedad		Número de Hospitalizaciones	
Asistencia a Psicoterapia		Tiempo de Permanencia	
Tratamiento Farmacológico		Tiempo de medicación	
Intentos de suicidio		Sintomas psicóticos	



ANEXO II

Descripción de las escalas que componen la Evaluación de las Descripciones del Self

	Categoría / Escala	Descripción
I.	LONGITUD	Mide la extensión de la descripción en número de palabras
II.	MODO DE DESCRIPCIÓN	
	Modo Predominante	Indica el modo de representación que recibe mayor énfasis en la descripción del self
	Solidez	Examina el grado de la inclusión o integración de los modos de representación
	Nivel Conceptual	Mide el nivel cognitivo más desarrollado de la descripción del self
III.	CAPACIDAD DE	
	Articulación de la Relación	Evalúa el nivel de Articulación (el grado de unión con) y especificidad de las relaciones interpersonales en la descripción
	Calidad de la Relación	Refleja la calidad de los sentimientos hacia otros y a las percepciones de estos
	Relación con el Examinador	Examina la conciencia de la presencia del examinador
IV.	VARIABLES COGNITIVAS	
	Autoreflexión	Examina el grado en el cual las descripciones del self son introspectivas y auto reflexivas
	Tolerancia a la Contradicción	Indica la coexistencia y tolerancia de aspectos contradictorios del self
	Diferenciación – Integración	Evalúa el grado en hasta el cual el self es visto y entendido en múltiples dominios y el grado al cual estos dominios están integrados e interrelacionados
V.	MIRADA DEL SELF	
	Autovaloración	Mide el grado en que la Autovaloración es positiva o negativa
	Capacidad de Autocrítica	Indica el grado en el cual el individuo evalúa o hace juicios severos que reflejan una falta de satisfacción con uno mismo
	Grado de Ambición	Refleja la fuerza motivacional, el esfuerzo o la inversión del individuo por el logro en las áreas de su elección
VI.	VARIABLES DEL DESARROLLO	
	Nivel de Relación	Evalúa el grado en el cual las necesidades del otro son incorporadas en la descripción del self
	Nivel de Definición del self	Refleja el grado en el cual la descripción expresa que el individuo tiene una identidad claramente definida con metas y valores particulares que conllevan un sentido de agencia
	Equilibrio entre Relación - Definición del self	Indica qué temas son predominantes en la descripción del self: si la <i>relación y la afiliación</i> como opuestas a la <i>definición del self y la agencia</i>
	Integridad	Examina el grado en que integra aspectos positivos y negativos a través del tiempo en su auto descripción
VII.	VARIABLES AFECTIVAS	
	Ansiedad	Indica el grado en la cual el individuo hace referencia a la tensión, aprehensión, miedo, preocupación, ansiedad sobre el self – otros y la vida en general
	Depresión	Refleja el grado en el cual el individuo hace referencia a sentimientos tristes y apáticos sobre el self, los otros y la vida en general

ANEXO III

PROTOCOLO DE CALIFICACIÓN

ESCALA DE PUNTAJES – Hoja de Respuestas

No: Fecha: Observaciones:

I.	MODO DE DESCRIPCIÓN	
	Modo Predominante	1 2 3 4 (físico / comport / personalidad /internas)
	Solidez	1 2 3 4
	Nivel Conceptual	1 2 3 4 5 6 7 8 9
II.	CAPACIDAD DE RELACIONARSE	
	Articulación de la Relación	1 2 3 4 5
	Calidad de la Relación	1 2 3 4 5 6 7 9*
	Relación con el Examinador	1 2 3 4 5
III.	VARIABLES COGNITIVAS	
	Autoreflexión	1 2 3 4 5
	Tolerancia a la Contradicción	1 2 3 4 5
	Diferenciación – Integración	1 2 3 4 5 6 7
IV.	MIRADA DEL SELF	
	Autovaloración	1 2 3 4 5 6 7
	Capacidad de Autocrítica	1 2 3 4 5
	Grado de Ambición	1 2 3 4 5 9*
V.	VARIABLES DEL DESARROLLO	
	Nivel de Relación	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	Nivel de Definición del self	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	Equilibrio entre Relación - Definición del self	1 2
	Integridad	1 2 3 4 5 6 7 8 9
VI.	VARIABLES AFECTIVAS	
	Ansiedad	1 2 3 4 5
	Depresión	1 2 3 4 5
VII.	Longitud	1 2 3 4 5 6 7

*En estos casos la calificación de 9 puntos indica que la respuesta no incluye una referencia explícita a estos aspectos

ANEXO IV

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto libre y voluntariamente participar en el Proyecto de Investigación que conduce el Interno de Psicología **Erik Romero Nuñez** con la aprobación del Hospital de Salud Mental “Hermilio Valdizán”.

Entiendo que el propósito de la investigación es el de entender mejor los trastornos depresivos y se me ha explicado que llenaré un cuestionario acerca de mi forma de pensar, sentir y comportarme recientemente, luego de lo cual se me hará una breve entrevista que será grabada. Se me ha explicado que tanto las respuestas al cuestionario como el contenido de la grabación son de carácter confidencial y que nadie tendrá acceso a ellas ni a mis datos personales. Así mismo, se me ha informado que los resultados de la investigación serán presentados de manera grupal, no individual, por lo que no se mencionarán mis datos personales ni mis respuestas en ningún momento.

Entiendo que obtendré beneficios de mi participación en este estudio pues mis resultados pasarán a mi historia clínica y serán útiles para aquellas personas que estén encargadas de mi tratamiento.

Entiendo que mi participación es totalmente voluntaria, y que si deseo, puedo retirarme en cualquier momento.

He leído y entendido este consentimiento informado.

Firma

Fecha

ANEXO V

**CONFIABILIDAD POR CONSISTENCIA INTERNA Y CORRELACIONES ITEM-TEST
DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK, SEGUNDA EDICIÓN (BDI-II)**

Alpha de Cronbach	Nº de Items
,927	21

Item	Correlación Item-Test Corregida	Alpha de Cronbach si se elimina el Item
1. Tristeza	0,590	0,924
2. Pesimismo	0,677	0,922
3. Fracaso	0,639	0,922
4. Pérdida de Placer	0,667	0,922
5. Sentimientos de Culpa	0,588	0,924
6. Sentimientos de Castigo	0,612	0,923
7. Disconformidad con Uno Mismo	0,752	0,920
8. Autocrítica	0,567	0,924
9. Pensamientos o Deseos Suicidas	0,690	0,922
10. Llanto	0,323	0,930
11. Agitación	0,355	0,927
12. Pérdida de interés	0,660	0,922
13. Indecisión	0,588	0,924
14. Desvalorización	0,757	0,920
15. Pérdida de Energía	0,630	0,923
16. Cambios en los Hábitos de Sueño	0,580	0,923
17. Irritabilidad	0,425	0,926
18. Cambios en el Apetito	0,522	0,925
19. Dificultad de Concentración	0,819	0,919
20. Cansancio o Fatiga	0,601	0,923
21. Pérdida de Interés por el Sexo	0,544	0,924

n=50

ANEXO VI

PRUEBAS DE NORMALIDAD EN LA DISTRIBUCIÓN DE LOS PUNTAJES DEL INSTRUMENTO Y DE LAS VARIABLES DE CONTRASTE

	Grupo							
	Clínico				Comparativo			
	N	ME	DE	Z	N	ME	DE	Z
Longitud	25	5.20	1.53	.878**	25	4.36	1.50	.924
I. Modo de descripción								
IA. Modo predominante	25	3.56	.87	.572**	25	2.84	.75	.841**
IB. Solidez	25	2.72	.68	.785**	25	2.44	.71	.837**
IC. Nivel Conceptual	25	6.72	.74	.782**	25	5.80	.71	.743**
II. Capacidad de Relación								
IIA. Articulación de la Relación	25	3.32	1.60	.825**	25	3.44	1.39	.876**
IIB. Calidad de la Relación	19	3.63	1.38	.855**	19	5.16	1.12	.909
IIC. Relación con el Examinador	25	1.80	1.12	.726**	25	2.40	1.38	.821**
III. Variables Cognitivas								
IIIA. Autoreflexión	25	3.12	.88	.860**	25	2.36	.91	.841**
IIIB. Tolerancia a la Contradicción	25	2.52	.82	.589**	25	1.64	.86	.688**
IIIC. Diferenciación e Integración	25	2.32	1.25	.869**	25	2.76	1.20	.905*
IV. Mirada del Self								
IVA. Autovaloración	25	3.24	1.81	.881**	25	5.92	1.19	.826**
IVB. Capacidad de Autocrítica	25	3.44	1.29	.845**	25	1.68	.80	.749**
IVC. Grado de Ambición	14	2.07	.62	.779**	2	3.50	.71	
V. Variables del desarrollo								
VA. Nivel de Relación	18	4.50	1.20	.907	19	5.79	.98	.904
VB. Nivel de Def. del Self	25	4.48	1.05	.913*	25	5.08	.91	.871**
VC. Equilibrio Rel - Def	25	1.56	.51	.634**	25	1.60	.50	.625**
VD. Integridad	25	4.08	1.04	.845**	25	5.68	.90	.881**
VI. Variables Afectivas								
VIA. Ansiedad	25	2.28	1.43	.816**	25	1.44	.92	.548**
VIB. Depresión	25	3.36	1.35	.873**	25	1.32	.75	.503**

*p<0,05

**p<0,01