

**PREVALENCIA DE LOS RASGOS MALADAPTATIVOS DE PERSONALIDAD Y  
SU INFLUENCIA EN EL DESENLACE CLÍNICO DEL PACIENTE  
HOSPITALIZADO POR DEPRESIÓN**

**Daniela Bedoya Zapata**

**Sebastián Ghiso Jiménez**

**Universidad El Bosque**

**Facultad de Medicina**

**Especialización en Psiquiatría**

**Instituto Colombiano del Sistema Nervioso - Clínica Montserrat**

**2017-2020**

Prevalencia de los rasgos maladaptativos de personalidad y su influencia  
en el desenlace clínico del paciente hospitalizado por depresión

Daniela Bedoya Zapata  
Sebastián Ghiso Jiménez

Universidad El Bosque, Facultad de Medicina, Postgrado Especialización en Psiquiatría.

Línea de Investigación: Salud Mental.

Proyecto realizado en el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso - Clínica Montserrat.

Tipo de Investigación: trabajo de grado postgrado.

*Investigadores:*

Daniela Bedoya Zapata, Médico de la Fundación Universitaria San Martín, Residente de Psiquiatría de la Universidad El Bosque, Médico Residente en Clínica Montserrat.

Sebastián Ghiso Jiménez, Médico y Cirujano de la Universidad de Antioquia, Residente de Psiquiatría de la Universidad El Bosque, Médico Residente en Clínica Montserrat.

*Asesor temático:*

Saúl Martínez Villota, Médico de la Pontificia Universidad Javeriana, Psiquiatra de la Clínica Montserrat en asocio con la Universidad El Bosque. Subdirector Asistencial de la Clínica Montserrat. Docente asistente Ad-Honorem Postgrado de Psiquiatría Universidad El Bosque.

*Asesora metodológica:*

Lina María Prieto Garzón, Médica de la Fundación Universitaria San Martín, Especialista en epidemiología clínica Universidad El Bosque. Magíster en epidemiología hospitalaria y control de infecciones de Universidad de Valparaíso. Especialista en docencia universitaria de Universidad El Bosque.

*Asesor Estadístico:*

Carlos Eduardo Gómez Zúñiga, licenciado en Matemáticas Universidad de Nariño, especialista en edumática Universidad Autónoma de Colombia. Magíster en ciencias estadísticas Universidad Nacional.

*“La Universidad El Bosque y la Clínica Montserrat, no se hacen responsables de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velarán por el rigor científico, metodológico y ético del mismo, en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.*

*Agradecimiento a:*

*Lina María Prieto Garzón, por su dedicación, constancia, paciencia y compromiso en el desarrollo metodológico del proyecto.*

*Eugenio Ferro Rodríguez, por estar siempre dispuesto a brindarnos un acompañamiento cercano y asesorías tanto oportunas como incondicionales.*

*Saúl Martínez Villota, por su gran contribución como asesor temático, guiándonos con experticia y pasión en este gran mundo que es la psiquiatría.*

*Carlos Eduardo Gómez Zúñiga, por su acompañamiento y asesoría sobre los aspectos estadísticos.*

*Dedicado a:*

*A mis padres, John Jairo Bedoya y Martha Zapata, a mi hermana Carolina Bedoya y a John Campaña por acompañarme en todo este proceso de formación e impulsarme siempre a trabajar con perseverancia, responsabilidad y amor.*

*Luz Teresa Jiménez y Alfredo Ghiso, por brindarme la oportunidad de estar en este proceso de educación profesional y de postgrado, siendo apoyo físico y mental en los momentos más oportunos desde mi nacimiento. A Ángela Chaves Gómez, por estar siempre allí cuando más se necesita de la compañía de un ser humano.*

## Guía de contenido

1. La portada o página titular.....	01
2. Página de identificación.....	02
3. Página de aprobación.....	03
4. Nota de salvedad de responsabilidad institucional.....	04
5. Página de agradecimientos.....	05
6. Hoja de dedicatoria.....	06
7. Guía de contenido.....	07
8. Lista de anexos, tablas y gráficas.....	10
9. Resumen.....	11
10. Abstract.....	12
11. Introducción.....	13
12. Marco teórico.....	15
13. Problema.....	33
14. Justificación.....	35
15. Objetivos.....	37
15.1 Objetivo general.....	37

15.2 Objetivos específicos.....	37
16. Propósito.....	38
17. Aspectos metodológicos.....	39
17.1 Tipo de estudio.....	39
17.2 Población de referencia y muestra.....	39
17.2.1 Tamaño de la muestra.....	40
17.2.2 Criterios de inclusión.....	41
17.2.2 Criterios de exclusión.....	41
17.3 Variables.....	42
17.4 Hipótesis.....	48
17.5 Técnica de recolección de la información.....	49
18. Materiales y métodos.....	50
19. Aspectos estadísticos.....	53
20. Aspectos éticos.....	54
20.1 Declaración de conflictos de intereses.....	54
21. Organigrama.....	55
22. Cronograma.....	56

23. Presupuesto.....	57
24. Resultados.....	59
25. Discusión.....	67
26. Conclusiones.....	72
27. Referencias bibliográficas.....	73
28. Anexos.....	79

## Guía de tablas y gráficas

1. Anexo 1. Inventario de personalidad DSM-5, adaptado para Colombia.....	79
2. Anexo 2. Formulario información para participantes y consentimiento informado.....	87
3. Anexo 3. Aprobación comité de ética.....	92
4. Figura 1. Organigrama.....	55
5. Figura 2. Cronograma.....	56
6. Figura 3. Distribución de la muestra según sexo.....	60
7. Figura 4. Distribución de la muestra según estado civil.....	60
8. Figura 5. Distribución de los pacientes según codificación diagnóstica CIE-10.....	61
9. Tabla 1. Variables.....	42
10. Tabla 2. Presupuesto.....	57
11. Tabla 3. Presencia o ausencia de dimensiones maladaptativas de personalidad en la muestra .....	63
12. Tabla 4. Presencia o ausencia de rasgos maladaptativos de personalidad en la muestra .....	64
13. Tabla 5. Relación estadística entre rasgos y dimensiones maladaptativas de personalidad con variables que determinan el desenlace clínico.....	65

**Introducción:** los rasgos de personalidad se han propuesto como un factor determinante en el desarrollo de trastornos depresivos y su pronóstico. La evidencia existente es contradictoria, reflejándose resultados consistentes entre el neuroticismo, la evitación de daño, y un desenlace terapéutico negativo. La asociación entre personalidad y depresión, ha sido pobremente estudiada en el territorio latinoamericano, desconociéndose su influencia, en la recuperación de los pacientes hospitalizados con trastornos afectivos.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de rasgos maladaptativos de personalidad en los pacientes hospitalizados por depresión a través del inventario PID-5, relacionándolos con el desenlace clínico de los mismos.

**Materiales y métodos:** se tomaron 96 pacientes mayores de 18 años, hospitalizados en la Clínica Montserrat, con diagnóstico de trastornos depresivos, en los cuales se aplicó el inventario PID-5, validado al español y adoptado en el argot colombiano por Método Delphi; con el objetivo de caracterizar la muestra, cuyas asociaciones fueron analizadas con el paquete estadístico SPSS, determinando su nivel de significancia.

**Resultados:** Los rasgos de personalidad maladaptativos: búsqueda de atención, engaño e insensibilidad elevaron el riesgo de reingresos; así mismo la impulsividad, evitación de la intimidad y el afecto restringido se asociaron con estancias hospitalarias prolongadas; del mismo modo, la distractibilidad y la evitación de intimidad aumentaron el riesgo de requerir cambios en el manejo farmacológico o adición de terapia de aumento.

**Conclusión:** se corroboró la repercusión negativa existente entre algunos rasgos maladaptativos de personalidad y el desenlace clínico de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de depresión.

**Palabras clave:** depresión, personalidad, desenlace clínico.

**Introduction:** personality traits have been proposed as a determining factor in the development of depressive disorders and their prognosis. The existing evidence is contradictory, reflecting consistent results between neuroticism, avoidance of harm, and a negative therapeutic outcome. The association between personality and depression has been poorly studied in Latin American territory, and its influence is unknown, in the recovery of hospitalized patients with affective disorders.

The association between personality and depression has been studied in Latin American territory, its influence being unknown, in the recovery of hospitalized patients with affective disorders.

**Objectives:** To determine the prevalence of maladaptive personality traits in patients hospitalized for depression through the PID-5 inventory, relating them to their clinical outcome.

**Methods:** 96 patients over 18 years of age, hospitalized at the Montserrat Clinic, with a diagnosis of depressive disorders, were taken, in which the PID-5 inventory was applied, validated in Spanish and adopted in Colombian slang by the Delphi Method; in order to characterize the sample, whose associations were analyzed with the SPSS statistical package, determining its level of significance.

**Results:** Maladaptive personality traits: attention seeking, deception, and callousness increased the risk of re-entry; Likewise, impulsiveness, avoidance of intimacy and restricted affect were associated with prolonged hospital stays, in the same way, distraction and avoidance of intimacy increased the risk of changes in pharmacological management or the addition of drug therapy increase.

**Conclusion:** The negative repercussion between some maladaptive personality traits and the clinical outcome of hospitalized patients diagnosed with depression was confirmed.

**Keywords:** depression, personality, clinical outcome.

## **Introducción**

El trastorno depresivo tiene una alta prevalencia no solo a nivel mundial, sino también en el medio local, además, su incidencia se encuentra en aumento. En el particular perfil epidemiológico colombiano, es común la gran exposición al trauma como consecuencia de la violencia entre grupos armados, la violencia intrafamiliar, la tasa de desempleo y la significativa tasa de abuso de sustancias psicoactivas, lo cual incide en la presentación del trastorno depresivo (1). En la clínica Montserrat casi la mitad de los egresos hospitalarios son por este diagnóstico, reflejando la importancia de caracterizar de una manera más amplia esta población. Uno de los aspectos importantes a resaltar es la influencia de los rasgos de personalidad maladaptativos en el curso de la depresión, siendo un factor de riesgo para la resistencia al tratamiento, evidenciándose que los pacientes quienes presentan una considerable evitación al daño, baja cooperatividad, baja dependencia de recompensa y bajo autocontrol, tienen pobres resultados en el manejo antidepresivo, así como los que poseen rasgos de personalidad específicos como preocupación anticipatoria, miedo a la incertidumbre y la fatiga (2). De igual forma algunos estudios han demostrado una mala respuesta al tratamiento y bajos porcentajes de recuperación del trastorno depresivo en los casos de comorbilidad patológica del Eje II (3); siendo ésta, una variable que podría explicar los diferentes desenlaces de los pacientes hospitalizados por depresión.

Por otro lado, en las distintas actualizaciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) (4), se encuentran bien definidos los trastornos de personalidad, sin embargo, en la práctica clínica se observa como difícilmente es asignado dicho

diagnóstico, cuando son identificados los criterios requeridos que lo definen. Es por ello que a diario se documenta simplemente el reconocimiento en los pacientes de algunos rasgos de personalidad, sin realizar un diagnóstico definitivo.

En el presente trabajo se utilizó el inventario PID-5 de rasgos de personalidad, están establecidos cinco grandes dominios: afecto negativo, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo (5), ofreciendo un acercamiento dimensional, el cual goza de diversas ventajas, entre las cuales encontramos la coherencia entre los límites difusos de los trastornos y la normalidad, además de la posibilidad de hacer análisis más detallados de las características de los pacientes, mejorando así la fiabilidad de los evaluadores, y facilitando al terapeuta áreas de intervención más concretas (6). Teniendo en cuenta que a nivel regional no existen muchos estudios disponibles respecto a este tema, se buscaba en este proyecto, establecer la prevalencia de los rasgos maladaptativos de personalidad y su asociación, a un determinado desenlace en la hospitalización de los pacientes con diagnóstico de depresión obteniendo además una mayor información sobre este tipo de pacientes, permitiendo un abordaje más íntegro y pertinente.

Son limitaciones de este estudio las diferencias poblacionales que tiene la Clínica Montserrat con demás instituciones de salud mental en el país, pues su atención se centra exclusivamente en pacientes de clase social media-alta, con vinculación particular o de régimen complementario a través de pólizas o medicina prepagada.

### **Marco teórico**

La depresión es un trastorno afectivo que repercute negativamente en la funcionalidad global del individuo, caracterizándose por un conjunto de signos y síntomas, entre los cuales encontramos la alteración del estado de ánimo, predominando la tristeza y la irritabilidad, pero encontrándose además estados ansiosos o disfóricos; esto generalmente acompañado de pérdida del gusto por actividades de ocio, disminución en la capacidad volitiva, alteraciones en las funciones vegetativas, fallas de atención o concentración y cambios cognitivos que llevan a pensamientos recurrentes en los que suele aflorar la culpa, el autorreproche, la desesperanza e incluso el deseo de muerte o autolisis (4, 7, 8).

En las últimas décadas la depresión se ha convertido en un importante problema de salud pública, calculándose según datos de la OMS que afecta alrededor de 350.000.000 de personas en el mundo, con alta variabilidad interterritorial, encontrándose cifras que van entre el 1,4 y el 11,7% de la población mundial; llevando en casos graves a manifestaciones como el suicidio, el cual en la actualidad es la segunda causa de muerte entre los 15 y 29 años de edad y genera un aproximado de 800.000 muertes anuales a nivel global. Algunos factores de riesgo para el desarrollo de un episodio depresivo son la historia personal y familiar de depresión, el sexo femenino; problemas psicosociales tales como pérdida de la libertad, separación conyugal, despido laboral, ser habitante de calle, etc; eventos estresantes, consumo de sustancias psicoactivas, enfermedades crónicas, comorbilidades psiquiátricas, embarazo, postparto, menopausia, sedentarismo y antecedente de conductas suicidas. La

depresión se hace crónica en un 30% de los casos y su presencia incrementa el riesgo de que se desaten algunas enfermedades o empeore el desenlace de otras (9, 10).

Los datos a nivel local muestran que en Colombia, la prevalencia de la depresión oscila entre el 4,7% descrito por la OMS, hasta el 5,4% anual referido por la encuesta nacional de salud mental del 2015. Por su parte el Sistema Integral de la Información de la Protección Social (SISPRO) evidencia como las consultas por depresión han incrementado gradualmente desde el año 2009, realizándose diagnóstico de depresión moderada en 36.584 pacientes y depresión grave sin síntomas psicóticos 8.385 casos, para el año 2015. Por otro lado los trastornos depresivos fueron el diagnóstico de salud mental más prevalente en los pacientes de sexo femenino por ejemplo en el caso de depresión moderada, 70,4% de los diagnósticos se realizaron en mujeres y sólo el 29,6% en hombres. En cuanto a los grupos etarios, el boletín nacional de enfermedades no trasmisibles reportó un aumento progresivo de la tasa de depresión con el aumento de la edad, alcanzando un pico máximo entre los 50 y 54 años de edad, desde donde inicia un pequeño descenso, hasta un nuevo pico a partir de los 75 años. Los departamentos en los que se concentró la mayor población de pacientes con depresión fueron en su respectivo orden Antioquia, Bogotá D.C, Valle del Cauca, Quindío, Santander, Atlántico y Nariño. De los pacientes en los que se encontró psicopatología, sólo el 10% tenían acceso al tratamiento. La prevalencia de intentos de suicidio a lo largo de la vida llegó al 4,9% y la tasa de suicidios fue de 4,4 por cada 100.000 habitantes (1, 5, 10).

El desenlace clínico del tratamiento para el trastorno depresivo abarca una amplia gama de variables que pueden observarse y medirse, tales como la respuesta al tratamiento, la

resistencia al mismo, los días de estancia hospitalaria, los reingresos a hospitalización, entre otros; de hecho varios estudios así lo demuestran, sin embargo la mayoría de ellos delimitan dicho desenlace en términos del nivel de respuesta al manejo instaurado.

Usualmente en el contexto intrahospitalario los trastornos depresivos se caracterizan por un tratamiento farmacológico además de incluir un abordaje psicoterapéutico. Específicamente en cuanto al tratamiento farmacológico, según Stahl, dentro de los principios generales de los antidepresivos se evalúan algunos conceptos que ayudan a determinar el resultado terapéutico; cuando los pacientes perciben una mejoría y por ende una reducción de los síntomas en un 50% o más se denomina respuesta, siendo este el objetivo terapéutico en el pasado, sin embargo en los últimos años esto se ha ido modificando buscando la remisión completa de los síntomas, definida esta última cuando el tratamiento logra eliminar prácticamente todos los síntomas en los primeros meses, llegando hasta la recuperación cuando ha pasado al menos 6-12 meses (11). Por ejemplo, en una revisión sistemática y metanálisis que estudió la influencia de la personalidad en el resultado del tratamiento en la depresión, refieren que la mayoría de los estudios incluidos fueron series de casos prospectivos y ensayos controlados aleatorizados, dentro de los cuales la medición de la recuperación varía ampliamente, sin embargo la escala de Hamilton (HAM-D) para depresión y la escala de Montgomery Asberg (MADRS) fueron las herramientas más utilizadas (12).

Otro estudio empleó la escala de Montgomery Asberg Depression Rating (MADRS) para definir la respuesta al tratamiento, actuando esta herramienta como guía para establecer la

conducta a seguir, por ejemplo si es necesario determinar realizar algún cambio en el tratamiento. En este caso se brindó tratamiento farmacológico y psicoterapéutico a los participantes, aplicando la escala en varios momentos, antes del tratamiento, un mes, tres meses y seis meses después del inicio del tratamiento; definiendo respuesta como la disminución del cincuenta por ciento o más en la puntuación para Montgomery Asberg (13).

Es así como la mayoría de estudios emplean la medición de la respuesta al tratamiento a través de las escalas que evalúan la disminución o perpetuación de los síntomas, desplegándose además entorno a esto una serie de fenómenos medibles que conforman en términos generales el desenlace clínico.

Históricamente se ha conocido de una forma general la asociación existente entre los trastornos depresivos y la personalidad del individuo, esta última como se verá a continuación, comprendida por un conjunto de rasgos, que de tornarse maladaptativos, pueden configurar una patología denominada trastorno de personalidad.

Se conoce como personalidad un constructo cognitivo, psicológico, estable y duradero, que determinará el modo de afrontamiento individual ante las exigencias de la realidad, tanto personal como interpersonal, involucrando un patrón predeterminado de pensamientos, sentimientos y actitudes, que puede ser adaptativo o no para el sujeto. Este constructo está compuesto por diferentes rasgos, siendo estos, los patrones de percepción, interrelación y pensamiento sobre el entorno y el sí mismo; que se manifiestan en múltiples contextos tanto sociales como personales. Cuando dichos rasgos de personalidad son inflexibles e

inadecuados para enfrentar la realidad externa, causando que el individuo no tenga una conciencia permanente de un yo único, con incapacidad para mantener roles apropiados, fijando metas no realistas a sus capacidades y dificultándose la capacidad reflexiva y empatía ante los demás, imposibilitándosele también el mantenimiento de relaciones íntimas satisfactorias y duraderas en su vida personal y comunitaria se consideran rasgos maladaptativos de personalidad (1, 6, 14).

La relación entre la depresión y la personalidad ha sido analizada en diferentes direcciones, se ha evidenciado como la personalidad cambia la forma en la que un individuo percibe su estado de ánimo; también ha sido estudiado, como un episodio depresivo puede cambiar aspectos de la personalidad de un sujeto (15). Una serie de modelos a lo largo de la historia han intentado describir los distintos rasgos de personalidad, evidenciando la asociación con el nivel de adaptabilidad.

A lo largo de la historia se ha estudiado la personalidad a través de diferentes modelos. El Modelo de Eysenc, desarrollado en la década de los cuarenta, hacia el año 1947, presenta tres grandes factores: psicoticismo, extraversión y neuroticismo; a partir de los cuales en estudios posteriores se determinó que la relación neuroticismo bajo y psicoticismo alto podría ayudar a explicar que el intento de suicidio haya sido realizado impulsivamente sin existir ningún síntoma previo (15).

Otro modelo bien conocido y ampliamente mencionado en distintos estudios es el modelo de los cinco factores, diseñado por Catell en 1961, como su nombre lo indica está conformado

por cinco dimensiones: apertura, conciencia (responsabilidad), extraversión, amabilidad y neuroticismo, ha sido medido por varios cuestionarios, dentro de los más reconocidos se encuentran el Big Five, diseñado por Goldberg en 1993, y el NEO-I, desarrollado por Costa y Mc Crae en el año 1978, con actualizaciones en el año 1985 (NEO-PI), 1990 (NEO-PI-R), y en el 2010 (NEO-PI-3), adicionalmente una versión abreviada (NEO FFi).

El factor denominado apertura mental en el modelo de los cinco factores de personalidad, ha sido investigado en relación al desarrollo del trastorno depresivo y el desenlace terapéutico del mismo, evidenciando que se asocia a depresión cuando puntúan en éste niveles bajos (5, 16), así mismo en otros estudios al puntuar valores elevados, se encuentra mayor porcentaje de resultados favorables en proceso terapéutica, existiendo además mayor respuesta a manejo antidepresivo asociado a terapia de aumento con litio (13, 17). Dentro algunas de las facetas subordinadas se encontraron en pacientes deprimidos puntajes bajos en apertura a la acción y apertura a los valores (16); por otro lado, los niveles bajos de apertura a la cultura evidenciaron mal desenlace terapéutico y asociación con suicidio, compartiendo este último punto con los valores bajos en apertura a la experiencia (3, 16, 18).

Por su parte el factor conciencia, también llamado responsabilidad o tesón, de este mismo constructo de personalidad, al obtenerse niveles bajos tiene relación con la aparición de trastornos depresivos (5, 16), teniendo una relación directamente proporcional entre puntaje elevado en conciencia con mayor respuesta al manejo antidepresivo (3, 13). Dentro de algunas de las facetas específicas, los niveles bajos en competencia y disciplina son factores de riesgo para presentar depresión, mientras que son también inversamente proporcionales a

la severidad de la misma (16); adicionalmente los niveles bajos en perseverancia se asociaron a mala respuesta y tanto esto como los bajos valores en minuciosidad se relacionaron con suicidio (3, 18).

El factor extraversión, también ha sido estudiado en relación con la depresión, observándose la relación entre puntajes bajos de éste con un mayor desarrollo de trastorno depresivo, en especial si es de inicio temprano (5, 16, 19), así mismo como los niveles elevados se correlacionaron con una respuesta al tratamiento (13). Dentro de las facetas específicas, el desarrollo de la depresión se asoció a bajos puntajes de calidez, actividad y emociones positivas; mientras el suicidio se asoció a menores puntajes en dominancia y dinamismo (16, 18).

Dentro de la teoría de los cinco factores, el que menor relación ha tenido con la depresión ha sido el factor amabilidad, donde las únicas asociaciones encontradas son con algunas facetas específicas así: valores bajos en confianza como factor de riesgo para depresión, puntajes bajos en facetas de empatía y afabilidad se relacionan con pobre respuesta al tratamiento (3).

Por último, el quinto factor, que enfrenta el neuroticismo como antagónico de la estabilidad emocional ha demostrado ser factor de riesgo para depresión, siendo indicador de mal pronóstico y específicamente para trastornos depresivos en adultos mayores con dependencia de cuidadores, depresión de inicio temprano o depresión en pacientes con antecedentes familiares de trastorno depresivo (5, 13, 15, 16, 19). Adicionalmente se ha

demostrado que pacientes con altos puntajes de neuroticismo tienen mayor severidad de la sintomatología, lo cual es explicado por una magnificación en la percepción de los eventos estresantes de la vida, así como de angustia y ansiedad, siendo predictor de mal resultado al tener menor respuesta a manejo tanto psicoterapéutico como farmacológico (13, 15, 16, 19, 20). En cuanto a las facetas específicas, fueron predictores de depresión ansiedad, depresión, autoconciencia, rabia-hostilidad y vulnerabilidad; encontrándose también asociación entre estas dos últimas con la severidad de los síntomas (16). El mal desenlace terapéutico, se relacionó por su parte con altos puntajes en ansiedad anticipatoria y miedo a la incertidumbre; al igual que los niveles elevados de desesperanza, autoimagen negativa y autocrítica se asociaron a suicidio (18). Ya dentro del polo de la estabilidad emocional, los bajos puntajes en facetas de control de impulsos y control de emociones también se asociaron a actos autolíticos (18).

Luego aparece el modelo del temperamento y carácter medido por el inventario del temperamento y el carácter (TCI) en el año 1986, elaborado por Clonninger quien describe cuatro dimensiones del temperamento y tres dimensiones del carácter, siendo las primeras: 1) Búsqueda de novedad, con sus facetas excitabilidad con la exploración, impulsividad, extravagancia, desorden. 2) Evitación del daño con sus facetas de preocupación anticipatoria, miedo a la incertidumbre, timidez con extraños y fatiga. 3) Dependencia a la recompensa y sus facetas sentimentalismo, apego, dependencia. 4) Persistencia. Por otro lado las dimensiones del carácter son: autodirección, cooperatividad y autotrascendencia.

En cuanto a la autotrascendencia se evidenció que los puntajes elevados se asociaban a ideación suicida, mientras que el adecuado tratamiento generaba una disminución de los mismos. (21, 22). Por su parte, los niveles altos en cooperatividad se asociaron a mejor respuesta a la terapia de aumento con litio; a su vez, el aumento en estos se asociaba a un buen desenlace terapéutico al finalizar el tratamiento, mientras sus valores bajos se asociaban a pobre respuesta al manejo psicofarmacológico (15, 17, 22).

Dentro de la dimensión del carácter denominada autodirección, son contradictorios los resultados en cuanto a mejor desenlace terapéutico con los antidepresivos, pues mientras algunos estudios demuestran una relación directamente proporcional, otros no demuestran asociación con la respuesta a los mismos; mientras que un estudio con paroxetina demostró que se conservaba la respuesta a este fármaco, pero se daba de forma tardía (13, 15, 21). Fueron consistentes los puntajes bajos en autodirección con mayor severidad de los síntomas y una prevalencia más alta de ideación suicida; siendo el aumento de los valores en este ítem un predictor de menores síntomas residuales y mejor desenlace terapéutico (21, 22, 23, 24).

Entre las cuatro dimensiones del temperamento, sólo un estudio asoció los niveles elevados de persistencia a una mejor respuesta a los ISRS (25). La búsqueda de novedades se relacionaba de forma directamente proporcional a una mejor respuesta a este mismo grupo de antidepresivos, pero los valores altos en la faceta específica de impulsividad se asociaba de forma intensa al intento de suicidio, especialmente si se combinaba con valores elevados de neuroticismo en el modelo de los cinco factores. (3, 25). Por otra parte, la dependencia a

la recompensa se asocia a síntomas depresivos en hombres, pero ante menores valores de la misma ocurre una menor respuesta al tratamiento de la depresión (3, 15, 25).

La dimensión del temperamento evitación del daño, siendo esta entendida como la preocupación y temor excesivo consecuente a la percepción pesimista del futuro, ha sido tal vez la más consistente en sus asociaciones con la depresión, siendo sus valores elevados un predictor premórbido para el trastorno depresivo, pero además relacionarse con un pobre desenlace terapéutico en pacientes deprimidos dado por menor respuesta al manejo antidepressivo y psicoterapéutico, sintomatología más severa, más tasas de recurrencia, intentos de suicidio y respuesta tardía al antidepressivo. Por otro lado, la disminución en estos puntajes es un predictor de respuesta al tratamiento (3, 15, 21, 22, 23, 25, 26). Sólo un estudio neerlandés desestimó en sus hallazgos la relación inversamente proporcional a la respuesta al tratamiento (13).

Posteriormente surge un modelo alternativo de rasgos de personalidad creado por Zuckerman y Cloninger en 1991, llamado cuestionario de la Personalidad de Zuckerman-Kuhlman (ZKPQ), caracterizado por los factores de neuroticismo, hostilidad, búsqueda de sensaciones, sociabilidad y actividad.

Otro modelo más recientemente descrito, en el año 2011, es el llamado TYP, es un cuestionario autoaplicado de 109 ítems, en el que se clasifica los individuos según ocho constructos de personalidad y dos dimensiones del funcionamiento de la personalidad así: Preocupación-Ansiedad (Tendencia al estrés y la preocupación), reserva personal (Tendencia

a mantener los sentimientos dentro de sí), perfeccionismo (responsabilidad y altos estándares para sí mismo), irritabilidad (mal genio y exteriorización del estrés), evitación social (introversión), sensibilidad al rechazo, autocrítica, autofocalización (Tendencia a priorizar necesidades propias ante las ajenas), cooperatividad y efectividad. Al relacionarlo con depresión se encontró que los valores elevados en constructo de reserva personal predecían pobres resultados terapéuticos, al igual que en depresiones más severas el puntaje en los ítems de reserva personal, sensibilidad al rechazo y autocriticismo eran más elevados (6).

Por otro lado, la Asociación Americana de Psiquiatría, dentro de su modelo nosológico de la personalidad que ha ido evolucionando a través de las diferentes ediciones del DSM, desarrolló para el DSM-IV el cuestionario IPDE, que clasifica al individuo según sus rasgos paranoides, esquizoides, esquizotípicos, histriónicos, antisociales, narcisistas, límites, obsesivo compulsivos, dependientes o evitativos. En la relación de este modelo con los trastornos depresivos se ha asociado el subtipo melancólico con personalidades obsesivas, mientras la depresión atípica era más frecuente en rasgos histriónicos y límites. Específicamente estos últimos se han asociado de forma consistente a un pobre desenlace terapéutico con la depresión, al relacionarse con peor pronóstico, menor respuesta al tratamiento, mayor tasa de depresión resistente, dificultades psicoterapéuticas para crear una óptima alianza terapéutica, empeorando adherencia y por ende requiriendo manejos más prolongados y costosos, en los que es frecuente el uso reiterativo indiscriminado de los sistemas de salud.

Con la aparición del DSM-5 y la consideración histórica de la relación entre patología y los rasgos caracterológicos, se planteó el desarrollo de un modelo híbrido de personalidad que solucionara la dicotomía que presentaba el DSM-IV entre los trastornos de personalidad descritos nosológicamente y los modelos dimensionales de personalidad que iban a determinar la estrategia individual de afrontamiento a los estresores de la realidad interna y externa; los cuales serán fundamentales en el modo en que cada sujeto entiende, acepta y maneja una determinada enfermedad mental, mientras predicen a su vez el funcionamiento psicosocial futuro del individuo, de manera persistente a través del tiempo (27, 28, 29, 30, 31). Se buscó entonces reemplazar el IPDE, dado que éste presentaba una baja confiabilidad que llevaba a diagnósticos artificiales y heterogéneos, causando importante comorbilidad diagnóstica. Para esto, se planteó basarse en los modelos psicométricos epistemológicos dimensionales de la personalidad normal, representando el polo adaptativo de la personalidad desarrollado en los cuestionarios Big Three y Big Five y NEO; pero traslapándolo al polo contrario con características maladaptativas en cuanto a los rasgos de personalidad, pero con la posibilidad de derivar uno de los siete diagnósticos de trastorno de personalidad del DSM-5 (27, 28, 29, 30, 32, 33).

Con el fin de determinar los rasgos patológicos o maladaptativos de personalidad en este nuevo modelo de personalidad, Krueger desarrolló en 2011 el cuestionario PID-5, un inventario tipo Likert autoaplicable de 220 preguntas, con cuatro opciones de respuesta que varían de cero (muy falso o con frecuencia falso) a tres (muy cierto o a menudo verdadero) que codifican para una de las 25 facetas de la personalidad, que a su vez están infraordinadas a una o dos de las cinco grandes dimensiones de la personalidad; con la hipótesis de que la

presencia de determinados rasgos de personalidad maladaptativos en un sujeto, iban a determinar la posible aparición de un determinado trastorno psiquiátrico y una respuesta diferente ante el tratamiento sugerido por el clínico. Este cuestionario fue incluido en la sección III del DSM-5, teniendo elevada consistencia con el modelo de los cinco factores de personalidad normal según múltiples estudios de validación realizados, pero permitiendo al mismo tiempo codificar los rasgos maladaptativos de personalidad, necesarios para diagnosticar trastornos de personalidad según el DSM-5. Así se pudo luego integrar el PID-5 al diagnóstico de trastornos de personalidad (6, 7, 28, 29, 30, 31, 32).

La escala ha sido validada de forma consistente en varios idiomas, siendo los primeros el neerlandés, el italiano y el alemán. Para el año 2015, fue validado en el castellano por Gutiérrez y Caseras en España, validándolo en muestras clínicas y comunitarias y determinando una consistencia interna a través del  $\alpha$  de Crombach apropiada ( $\alpha > 0.70$ ), excepto por una pequeña desviación para la faceta suspicacia en la muestra comunitaria ( $\alpha = 0.65$ ); adicionalmente entre los 220 ítems sólo 1,4% obtuvieron  $r_i$ -s por debajo de 0,30 en ambas muestras y el 5,0% mostraron  $r_i$ -s bajos en la muestra comunitaria, pero funcionaron bien en la muestra clínica; posteriormente, esta versión fue adaptada al argot argentino del idioma español en el año 2016. Se han realizado además análisis para determinar la relación psicopatológica nosográfica con el modelo de personalidad demostrando correlaciones importantes: psicoticismo y trastornos somatomorfos, afectividad negativo y trastornos ansiosos, depresión con desapego y psicoticismo, manía con antagonismo, psicoticismo y afectividad negativa; paranoia con psicoticismo, esquizofrenia con desapego y psicoticismo; trastorno límite con afectividad negativa y desinhibición; trastorno antisocial con

desinhibición y antagonismo, suicidabilidad con psicoticismo. Además hubo relaciones inversas entre rechazo al tratamiento y afectividad negativa, calidez y desapego (2, 29, 30, 32, 33, 34). Según este modelo, el funcionamiento de la personalidad se caracteriza por el modo en que un individuo se experimenta de forma persistente a sí mismo y a los demás, siendo maladaptativa en el momento que presente pérdida de la conciencia de ser un yo único, incapacidad de asumir roles identitarios apropiados o aspirar a metas razonables según su autoevaluación realista, pobre capacidad de comprender de forma empática las experiencias y motivaciones de los demás, dificultad para mantener relaciones sociales satisfactorias en ámbitos íntimo, social y comunitario (6, 29, 30, 32, 33).

El cuestionario abarca un espectro de cinco dominios generales con dos polos opuestos: afectividad negativa versus estabilidad emocional; desapego versus extraversión; antagonismo versus amabilidad; desinhibición versus escrupulosidad y psicoticismo versus lucidez; en las que se agrupan las 25 facetas infraordinadas (ansiedad, labilidad emocional, depresividad, desapego, perseveración inseguridad con la separación, anhedonia, aislamiento, búsqueda de atención, perfeccionismo rígido, evitación de la intimidad, irresponsabilidad, impulsividad, distractibilidad, toma de riesgos, alteración perceptiva, creencias y vivencias inusuales, excentricidad, callo emocional, manipulación, hostilidad, engaño, suspicacia, grandiosidad). Los dominios se calcularon promediando ítems, con el precepto de que los sujetos clínicos tendrían puntajes elevados, determinando así la presencia de un polo maladaptativo, comparativamente con los sujetos de la comunidad, mientras que lo contrario será cierto para un polo adaptativo. Cuando los sujetos clínicos se ubican en ambos polos, se sugiere que ambos extremos son maladaptativos. (6, 7, 28, 29, 30, 31, 32).

El modelo híbrido dimensional ofrece diversas ventajas como: 1. Es coherente con la observación de límites difusos entre los trastornos y la normalidad. 2. Es más acorde con la complejidad de los síndromes observados en la práctica clínica. 3. La medida dimensional se puede transformar en categorial. 4. La categorización a partir de una dimensionalización permite variar los puntos de corte teniendo en cuenta las especificidades contextuales, culturales e individuales. 5. Es posible hacer análisis más finos de las características de los pacientes. 6. Se facilitan al terapeuta áreas de intervención concretas. 7. Se mejora la fiabilidad interjueces de la evaluación. 8. La comorbilidad deja de ser un problema puesto que se puede definir a un individuo en función de sus características combinadas de rasgos y no de categorías. 9. La caracterización de la personalidad basada en rasgos, tiene validez predictiva para contribuir en el enfoque terapéutico en aspectos como la selección, duración y frecuencia de tratamiento e incluso qué tipo de tratamiento farmacológico es más pertinente. Por otro lado, la principal crítica que se le realiza es que algunas de las 25 facetas pueden codificar para dos de los dominios, teniendo una consistencia relativamente baja para alguno de ellos, por ejemplo en algunos estudios realizados, hostilidad ha codificado más consistentemente para antagonismo que para afectividad negativa; afectividad restringida se ha relacionado más a desapego que a afectividad negativa; mientras que la sumisión en algunos análisis no ha tenido asociaciones consistentes con ninguno de los dominios; sin embargo, la presencia de facetas intersticiales puede no ser un problema en sí mismo, puesto que es en gran medida replicable en todas las muestras y refleja la complejidad real de la estructura de la personalidad (6, 7, 28, 29, 30, 31, 35, 36).

Para la interpretación de los resultados del PID-5, vale la pena aclarar que cada faceta consta de entre cuatro y catorce numerales que la evalúan, cada uno de estos calificándose ascendentemente de cero a cuatro así: cero, muy falso o a menudo falso; uno, ocasionalmente falso; dos, ocasionalmente cierto; tres, muy cierto; teniendo en cuenta que en los ítems 7, 30, 35, 58, 87, 90, 96, 97, 98, 131, 142, 155, 164, 177, 210 y 215, codifican de manera inversa sus puntajes. Para la cuantificación, los puntajes de cada faceta-rasgo deben sumarse e integrarse en el cuadro de faceta en bruto, promediando los puntajes de cada faceta y dominio, al dividir el puntaje bruto de la faceta en el número de ítems que la codifican en el caso de las primeras o sumando los puntajes promediados de las facetas que configuran un dominio, para ser dividido en el número de las mismas. A mayor puntaje en la faceta o en el dominio, sugiere mayor disfunción de la personalidad así: cero, rasgo infrecuente en el individuo; uno, rasgo adaptativo; 2, rasgo moderadamente disfuncional; 3, rasgo maladaptativo de personalidad. No será calificable, si se dejó de responder más del 25% de los elementos de una faceta, en caso de que falten algunos pero sea más del 75% de los ítems se usará una puntuación prorrateada, que dará un resultado en fracción y debe ser redondeada al número entero más cercano. Se recomienda que la escala sea aplicada en intervalos regulares de tiempo para determinar estabilidad de los rasgos encontrados, o en caso de encontrar puntajes altos en cierta faceta o dominio, puede sugerir áreas significativamente problemáticas que requerirán evaluación, tratamiento y seguimiento según el juicio clínico.

Pasando al aspecto de la psicopatología propiamente dicha, los trastornos de personalidad suelen definirse por un patrón persistente de la vivencia del sí mismo y el comportamiento,

en ausencia de malformación o deterioro cerebral subyacente, que se distancia de las expectativas culturales y la norma estadística, causando un deterioro funcional significativo, un fracaso en la adaptación al medio y usualmente malestar subjetivo. Suelen iniciar en la adolescencia y adultez temprana, afectando áreas como la cognición, afectividad, relaciones interpersonales y control de impulsos. Manifestándose en varias esferas de la vida del individuo, de forma generalizada e inflexible. Las alteraciones en el funcionamiento personal e interpersonal desarrollan un papel importante, dentro del desarrollo de la psicopatología de la personalidad, donde las características de ésta son evaluadas en un continuo del funcionamiento consigo mismo (identidad y autodirección) e interpersonal (empatía e intimidad). Adicionalmente pueden manifestarse factores de personalidad patológicos como afectividad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo. Los diferentes trastornos de personalidad generan consecuencias en la vida en términos generales del paciente, observándose una asociación con una baja productividad, menor capacidad para cuidar de la familia, mayor índice de problemáticas sociales y familiares, así como la capacidad para tener relaciones adecuadas, repercutiendo esto en un menor bienestar mental (6, 9, 14, 24, 35).

Respecto a datos epidemiológicos, los trastornos de personalidad se dan en conjunto entre un 4,4 y un 13,1% de la población mundial, alcanzando hasta un 50% si la medición se realiza en un contexto clínico. Son factores de riesgo el sexo masculino, la adultez joven, los adultos no casados y los consumidores de sustancias. A su vez, los trastornos de personalidad se asocian significativamente con el riesgo de desempleo, fracasos interpersonales, tener

conductas violentas, presentar problemas legales o con la autoridad, percibir una menor calidad de vida, desarrollar depresión y consumir sustancias psicoactivas; sin embargo, vale la pena resaltar que cada grupo o como es usualmente conocido, cada clúster, se asocia más a una determinada enfermedad mental, siendo el clúster A (paranoide, esquizoide, esquizotípico) relacionado con trastornos psicóticos; el clúster B (histriónico, límite, narcisista, antisocial) con trastornos afectivos y conductas impulsivas o suicidas; mientras el clúster C (dependiente, evitativo, obsesivo compulsivo) se asocia a trastornos de ansiedad. La prevalencia según trastorno específico de la personalidad es 0,7 a 2,4% para Paranoide, 0,7 a 4,9% para esquizoide, 0,6 a 3,3% para esquizotípico, 0,06 a 4,1% para antisocial, 0,5 a 2,7% para límite, 0,2 a 2% para histriónico, 0,03 a 0,8 para narcisista, 0,8 a 5,2% para evitativo, 0,1 a 2% para dependiente, 0,9 a 2,4% para obsesivo compulsivo. Según los datos arrojados por la encuesta nacional de salud mental, el trastorno límite de la personalidad, alcanza una prevalencia entre el 3,9 y 6% de la población; el trastorno de personalidad antisocial hasta en un 2,1%, siendo más superior en hombres que en mujeres; mientras que para trastornos de la personalidad clúster C en conjunto, la prevalencia sólo alcanza un 0,6%, siendo mayor en individuos casados. En otro estudio colombiano, realizado en la ciudad de Ibagué, se asoció el suicidio con diagnósticos trastorno límite de la personalidad y rasgos de personalidad con predominio de impulsividad, agresividad, psicoticismo y desesperanza (1, 6, 9, 16, 37, 38, 39, 40, 41).

## **Problema**

La depresión se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública del último siglo, la prevalencia global del trastorno ronda el 4,7% según la OMS (9), lo que implica que 327'536.000 personas aproximadamente la padecen. Por su parte, en Colombia, la prevalencia de trastornos depresivos, según la encuesta nacional de salud mental de 2015, es superior a la global, alcanzando el 8,9% de los pobladores (1, 38). Es bien conocido que la etiología de la depresión es multifactorial, al igual que sus factores desencadenantes y perpetuantes; siendo los rasgos de personalidad maladaptativos, una de las condiciones que tradicionalmente se han asociado a un pobre desenlace terapéutico.

Se realizó una búsqueda bibliográfica con el fin de esclarecer la influencia de la personalidad en la evolución de un episodio depresivo y su posible relación con una pobre respuesta al tratamiento. Los resultados en la misma fueron contradictorios, puesto que algunos de los estudios con mejor calidad metodológica sugieren que no existe una relación directa (16), mientras que en trabajos clásicos y de pequeñas muestras, se ha podido comprobar la hipótesis planteada (25). Al centrar la revisión de literatura a nivel local, no encontramos artículos publicados dentro del área de psiquiatría en Colombia que relacionen las variables depresión y personalidad, evidenciándose un vacío en el conocimiento de dicha asociación en nuestra población. Las guías de práctica clínica para trastorno depresivo, tanto del ICSN como del Ministerio de Salud, sugieren en casos de depresión refractaria descartar comorbilidad con trastorno de personalidad, sin embargo, no hacen una profundización en el tema ni proponen un manejo diferencial para estos pacientes (7, 8).

La Clínica Montserrat es uno de los principales centros de referencia en atención de salud mental a nivel nacional. En la práctica clínica en dicha institución, se percibe como muchas de los pobres desenlaces terapéuticos en pacientes con trastorno depresivo, están posiblemente asociadas a rasgos de personalidad maladaptativos, generándose así la necesidad de una caracterización más rigurosa de este grupo de pacientes, con el fin de brindarles una atención más integral, optimizando a su vez los recursos del sistema de salud.

## **Justificación**

El trastorno depresivo es una patología de alta prevalencia a nivel nacional e internacional, según la OMS, para el año 2017 en Colombia fue de 4,7% y en el mundo de 4,4% de la población (9). Incluso ha demostrado ser más elevada en los estudios realizados a nivel local, por ejemplo, la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 demostró una prevalencia del 8,9% en población colombiana (38).

En la Clínica Montserrat, durante el transcurso del año 2017 hubo 1016 egresos hospitalarios por depresión monopolar sin síntomas psicóticos, lo que equivale a una prevalencia institucional del 49,8% la cual es bastante alta. Por esto, se caracterizó la población con trastornos depresivos según sus rasgos de personalidad, obteniéndose una información relevante, generándose un impacto al favorecer el desarrollo de estrategias diferenciadas, que permitan un mejor abordaje en los pacientes donde predominan psicopatológicamente los rasgos de personalidad maladaptativos versus los síntomas afectivos. Puesto que algunos de estos se relacionan con un pobre pronóstico terapéutico a nivel intramural. Con esto se buscará, no sólo un abordaje terapéutico integral de estos pacientes, sino también un impacto social, acortando el número de días no productivos, reduciendo al mismo tiempo los costos en el sistema de salud, disminuyendo las recaídas, ampliando la disponibilidad de camas hospitalarias en el servicio de psiquiatría y permitiendo un enfoque terapéutico más asertivo en estos pacientes.

En el medio local no se ha realizado ningún estudio que confronte el desenlace de la depresión con los rasgos maladaptativos de personalidad. Varios estudios realizados en población europea y norteamericana, evidenciaron como los trastornos de personalidad empeoran el pronóstico de la depresión, incluso duplicando el riesgo de tener una evolución tórpida (25). A su vez se demostró como algunos rasgos de personalidad, como el neuroticismo, empeoraban los síntomas depresivos y ansiosos, el funcionamiento social, la recuperación completa con el manejo farmacológico y la estabilidad sintomática a largo plazo (16).

Resolviendo este vacío en el conocimiento, se determinó la asociación entre los rasgos de personalidad maladaptativos con un pobre desenlace terapéutico en el paciente hospitalizado por depresión, pensando en la posibilidad y evaluando la necesidad de la creación de un nuevo grupo sindromático dentro de la Clínica Montserrat; para los pacientes donde predominen los rasgos de personalidad, en contraparte de las alteraciones en afecto y pensamiento. De esta manera se podrá desarrollar un tratamiento específico para este grupo poblacional y extrapolar los datos para el planteamiento de nuevos estudios que permitan enriquecer la información disponible a nivel local.

## **Objetivos**

### *Objetivo General*

Determinar la prevalencia de los rasgos de personalidad maladaptativos a partir de inventario PID-5 y su influencia en el desenlace clínico de los pacientes con trastorno depresivo, hospitalizados en la Clínica Montserrat, durante el segundo semestre del 2019.

### *Objetivos Específicos*

1. Caracterización sociodemográfica de la población que es hospitalizada en la Clínica Montserrat con diagnóstico de trastorno depresivo y rasgos de personalidad maladaptativos.
2. Determinar los rasgos de personalidad maladaptativos específicos que propician un pobre desenlace terapéutico a través del inventario PID-5.
3. Esclarecer el desenlace terapéutico de los pacientes hospitalizados en la Clínica Montserrat con diagnóstico de trastorno depresivo, a través de mediciones de la estancia hospitalaria prolongada, número de reingresos, cambios en el tratamiento farmacológico, solicitud de altas voluntarias.
4. Establecer la asociación entre rasgos maladaptativos de personalidad y desenlace terapéutico de los pacientes hospitalizados por depresión en la Clínica Montserrat.

### **Propósito**

A partir de un mayor conocimiento sobre los rasgos de personalidad maladaptativos de la población con trastorno depresivo, que es hospitalizada en la clínica Montserrat y que representa una alta prevalencia de sus egresos; se buscó definir la importancia de identificar dichos rasgos de personalidad con el fin de lograr mejores resultados en el tratamiento y por ende el beneficio de estos pacientes, brindándoles un abordaje más adecuado.

## **Aspectos metodológicos**

### *Tipo de Estudio*

Estudio observacional, de corte transversal, con componente analítico

Estudio sin intervención

### *Población de referencia y muestra*

Descripción de la población: el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso (ICSN) - Clínica Montserrat, es una institución prestadora de servicios de salud, enfocada en el tratamiento de pacientes con trastornos mentales, que recibe población, principalmente de usuarios de medicina prepagada, planes complementarios, pólizas de seguro y el régimen especial Ecopetrol. Por ende, la población que asiste a la clínica en su mayoría cuenta con altos niveles de escolaridad, una buena estabilidad económica y pertenecen a un estrato socioeconómico medio-alto. Son atendidos pacientes pertenecientes a todos los grupos etarios, desde la infancia hasta la senectud. El ingreso de los pacientes se realiza a partir de la consulta no programada, la derivación desde consulta externa o la remisión desde otras instituciones, siempre y cuando se garantice que se hayan descartado o estabilizado las patologías que requieran atención en un mayor nivel mayor de complejidad. De esta manera, se realizan anualmente alrededor de 1600 hospitalizaciones en la institución, dividiéndose el servicio de hospitalización en los grupos sindrómicos de afecto, TAB, pensamiento,

jóvenes, psicogeriatría y desintoxicación; correspondiendo el grupo de afecto a nuestra población diana.

*Tamaño de la muestra:*

El cálculo del tamaño de la muestra se calculó con una prevalencia de 48,9% de depresión registrado en el ICSN - Clínica Monserrat 2017. Se usaron los siguientes parámetros:

*Precisión:  $d = 0,10$*

*Nivel de confianza 95%*

*Valor de  $z = 1,96$*

$$n = \left(\frac{z}{d}\right)^2 p * q$$

$$p = 0,498; q = 0,502$$

*Precisión:  $d = 0,10$*

*Nivel de confianza 95%*

*Valor de  $z = 1,96$*

*Luego:*

$$n = \left(\frac{1,96}{0,10}\right)^2 0,498 * 0,502$$

$$n = (384,16)(0,249) = 96,03 \cong 96$$

Total de la muestra:

96 pacientes a quienes se les realizó el inventario de personalidad PID-5.

#### *Criterios de inclusión*

Pacientes hospitalizados en la Clínica Montserrat durante el segundo semestre de 2019 o hasta alcanzar el tamaño de muestra requerido, con diagnóstico de trastorno depresivo monopolar y edad mayor a 18 años.

#### *Criterios de exclusión*

Comorbilidades psiquiátricas como trastorno neurocognitivo mayor, discapacidad intelectual, síntomas psicóticos, síntomas maniformes o mixtos según DSM-5, trastornos depresivos inducidos por uso de sustancias, trastorno depresivo actualmente en remisión y pacientes en proceso de remisión.

*Variables*

Tabla 1. *Variables*

Variable	Definición conceptual de la variable	Definición operacional de la variable	Escala de medición	Naturaleza de la variable
<b>Rasgo maladaptativo anhedonia</b>	Puntaje superior a dos en subescala anhedonia del inventario PID-5	Rasgo de personalidad anhedonia según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Rasgo maladaptativo ansiedad</b>	Puntaje superior a dos en subescala ansiedad del inventario PID-5	Rasgo de personalidad ansiedad según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Rasgo maladaptativo búsqueda de atención</b>	Puntaje superior a dos en subescala búsqueda de atención a del inventario PID-5	Rasgo de personalidad búsqueda de atención según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Rasgo maladaptativo insensibilidad</b>	Puntaje superior a dos en subescala insensibilidad del inventario PID-5	Rasgo de personalidad insensibilidad según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Rasgo maladaptativo engaño</b>	Puntaje superior a dos en subescala engaño del inventario PID-5	Rasgo de personalidad engaño según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Rasgo maladaptativo depresividad</b>	Puntaje superior a dos en subescala depresividad del inventario PID-5	Rasgo de personalidad depresividad según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Rasgo maladaptativo distractibilidad</b>	Puntaje superior a dos en subescala distractibilidad del inventario PID-5	Rasgo de personalidad distractibilidad según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Rasgo maladaptativo excentricidad</b>	Puntaje superior a dos en subescala excentricidad del inventario PID-5	Rasgo de personalidad excentricidad según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Rasgo maladaptativo labilidad emocional</b>	Puntaje superior a dos en subescala labilidad emocional del inventario PID-5	Rasgo de personalidad labilidad emocional	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica

según puntaje PID-5				
<b>Rasgo maladaptativo grandiosidad</b>	Puntaje superior a dos en subescala grandiosidad del inventario PID-5	Rasgo de personalidad grandiosidad según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Rasgo maladaptativo hostilidad</b>	Puntaje superior a dos en subescala hostilidad del inventario PID-5	Rasgo de personalidad hostilidad según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Rasgo maladaptativo impulsividad</b>	Puntaje superior a dos en subescala impulsividad del inventario PID-5	Rasgo de personalidad impulsividad según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Rasgo maladaptativo evitación de la intimidad</b>	Puntaje superior a dos en subescala evitación de la intimidad del inventario PID-5	Rasgo de personalidad evitación de la intimidad según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Rasgo maladaptativo Irresponsabilidad</b>	Puntaje superior a dos en subescala Irresponsabilidad del inventario PID-5	Rasgo de personalidad Irresponsabilidad según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Rasgo maladaptativo manipulación</b>	Puntaje superior a dos en subescala manipulación del inventario PID-5	Rasgo de personalidad manipulación según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Rasgo maladaptativo disregulación perceptiva</b>	Puntaje superior a dos en subescala disregulación perceptiva del inventario PID-5	Rasgo de personalidad disregulación perceptiva según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Rasgo maladaptativo perseveración</b>	Puntaje superior a dos en subescala perseveración del inventario PID-5	Rasgo de personalidad perseveración según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Rasgo maladaptativo afectividad restringida</b>	Puntaje superior a dos en subescala afectividad restringida del inventario PID-5	Rasgo de personalidad afectividad restringida según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica

<b>Rasgo maladaptativo perfeccionismo rígido</b>	Puntaje superior a dos en subescala perfeccionismo rígido del inventario PID-5	Rasgo de personalidad perfeccionismo rígido según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Rasgo maladaptativo toma de riesgos</b>	Puntaje superior a dos en subescala toma de riesgos del inventario PID-5	Rasgo de personalidad toma de riesgos según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Rasgo maladaptativo inseguridad en la separación</b>	Puntaje superior a dos en subescala inseguridad en la separación del inventario PID-5	Rasgo de personalidad inseguridad en la separación según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Rasgo maladaptativo sumisión</b>	Puntaje superior a dos en subescala sumisión del inventario PID-5	Rasgo de personalidad sumisión según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Rasgo maladaptativo suspicacia</b>	Puntaje superior a dos en subescala suspicacia del inventario PID-5	Rasgo de personalidad suspicacia según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Rasgo maladaptativo creencias o experiencias inusuales</b>	Puntaje superior a dos en subescala creencias o experiencias inusuales del inventario PID-5	Rasgo de personalidad creencias o experiencias inusuales según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Rasgo maladaptativo retraimiento</b>	Puntaje superior a dos en subescala retraimiento del inventario PID-5	Rasgo de personalidad retraimiento según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Dimensión maladaptativa afecto negativo</b>	Puntaje superior a dos en promedio de subescalas labilidad emocional, ansiedad, inseguridad en la separación del inventario PID-5	Dimensión de personalidad afecto negativo según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Dimensión maladaptativa desapego</b>	Puntaje superior a dos en promedio de subescalas retraimiento, anhedonia, evitación de la intimidad del inventario PID-5	Dimensión de personalidad desapego según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica

<b>Dimensión maladaptativa antagonismo</b>	Puntaje superior a dos en promedio de subescalas manipulación, engaño, grandiosidad del inventario PID-5	Dimensión de personalidad antagonismo según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Dimensión maladaptativa desinhibición</b>	Puntaje superior a dos en promedio de subescalas irresponsabilidad, impulsividad, distractibilidad del inventario PID-5	Dimensión de personalidad desinhibición según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Dimensión maladaptativa psicoticismo</b>	Puntaje superior a dos en promedio de subescalas creencias y experiencias inusuales, excentricidad, disregulación perceptiva del inventario PID-5	Dimensión de personalidad psicoticismo según puntaje PID-5	1. Ausente 2. Presente	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Número de años cumplidos	Años cumplidos, según fecha de nacimiento consignada en historia clínica	Cuantitativa. de razón, discreta
<b>Estado civil</b>	Condición de una persona en función de si tiene o no pareja y la situación legal con respecto a eso.	Tipo de estado civil del paciente	1. Casado. 2. Soltero. 3. Viudo. 4. Unión libre. 5. Separado. 6. Otros.  Estado civil del paciente según historia de ingreso	Cualitativa, nominal, descriptiva.
<b>Género</b>	Conjunto de características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombres y mujeres	Género según cédula de ciudadanía	1. Masculino 2. Femenino  Según cédula de ciudadanía	Cualitativa, nominal, descriptiva

<b>Tratamiento farmacológico</b>	Conjunto de medicamentos cuya finalidad es la curación o el alivio de enfermedades o síntomas	Medicamentos ordenados en el momento del ingreso a la institución	Antidepresivo asignado en el momento del ingreso del paciente, según historia clínica: 1. Fluoxetina. 2. Sertralina. 3. Paroxetina. 4. Fluvoxamina. 5. Citalopram. 6. Escitalopram. 7. Venlafaxina. 8. Desvenlafaxina. 9. Duloxetina. 10. Bupropion. 11. Mirtazapina. 12. Trazodona. 13. Vortioxetina. 14. Agomelatina. 15. Amitriptilina. 16. Imipramina. 17. Combinación de antidepresivos. 18. Antidepresivo con terapia de aumento. 19. TECAR. 20. Otros.	Descriptiva, nominal, cualitativo
<b>Cambios de manejo farmacológico o adición de terapia de aumento</b>	Modificación en el esquema de tratamiento farmacológico que viene usando el paciente	Cualquier cambio en el manejo farmacológico documentado en historia clínica, salvo aumento de dosis del fármaco de ingreso	Cambio en el manejo farmacológico documentado en historia clínica así: 1. Si 2. No	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Diagnóstico</b>	Procedimiento por el cual se identifica un estado patológico	Codificación del trastorno que sugiere la historia clínica de ingreso	Codificación CIE-10 tomada de historia clínica de ingreso: 1. F320 2. F321 3. F322 4. F323 5. F328 6. F329 7. F330 8. F331 9. F332 10. F333 11. F338	Descriptiva nominal, cualitativo

			12. F339 13. F341 14. F412	
<b>Psiquiatra tratante</b>	Médico especialista en psiquiatría a cargo de un determinado paciente	Psiquiatra que evolucionó al paciente la mayor cantidad de días durante su estancia hospitalaria	Psiquiatra quien realizó manejo psicoterapéutico y psicofarmacológico según evoluciones médicas en compuconta:  1. Dr. Márquez. 2. Dr. Yamhure. 3. Dr. Gómez. 4. Dr. Cuellar. 5. Dra. Robles. 6. Dra. Casáis. 7. Dr. P. Vargas. 8. Dr. Franco. 9. Dr. Michaan. 10. Dra. Sarmiento. 11. Dra. Fernández. 12. Dr. Correa. 13. Dr. Diazgranados. 14. Dra. Márquez. 15. Dr. D. Vargas. 16. Dr. Ferro. 17. Dra. R. López. 18. Dr. Muñoz. 19. Dr. García. 20. Dra. Ortiz. 21. Dra. Olmedo. 22. Dra. Carvajalino.	Descriptiva, nominal, cualitativo
<b>Estancia hospitalaria prolongada</b>	Los días que los pacientes hayan permanecido en una unidad de salud por encima de la desviación estándar 1	Estancia hospitalaria mayor o igual a 27 días	1. No 2. Si	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Estancia hospitalaria corta</b>	Los días que los pacientes hayan permanecido en una unidad de salud por debajo de la desviación estándar -1	Estancia hospitalaria menor a 7 días	1. No 2. Si	Cualitativa, descriptiva, dicotómica

<b>Reingresos</b>	Ingreso al servicio de hospitalización por el mismo diagnóstico en menos de 21 días	Ingreso al servicio de hospitalización por el mismo diagnóstico en menos de 21 días	1. No presenta reingresos 2. Presenta reingresos	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Altas voluntarias</b>	Egreso solicitado por el paciente antes de la indicación médica	Solicitud por parte del paciente de egreso antes de la indicación médica	Solicitud de egreso voluntario: 1. No solicitada 2. Solicitada.	Cualitativa, descriptiva, dicotómica
<b>Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)</b>	Instrumento de medición para la evaluación de la depresión.	Primer puntaje total en escala de depresión medida por grupo psicoterapéutico de afecto de la clínica Montserrat.	Nivel según puntaje obtenido: 1. No depresión 0-6 2. Leve 7-19 3. Moderada 20-34 4. Grave 35-60	Cuantitativa, nominal, descriptiva.

Fuente. *Elaboradora por investigadores principales*

### *Hipótesis*

Los pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno depresivo mayor presentan rasgos de personalidad maladaptativos que afectan directamente el desenlace clínico, repercutiendo en aspectos como una estancia hospitalaria prolongada, una tasa de reingresos elevada, múltiples cambios en el tratamiento farmacológico y mayor solicitud de altas voluntarias.

### *Técnica de recolección de la información*

Se aplicó el inventario de personalidad PID-5, diseñado por la asociación americana de psiquiatría para el DSM-5, validado al español en España por Gutiérrez y Caseras en 2014 y adaptado a la jerga local por medio del método Delphi (43); se trata de un cuestionario autoaplicado de 220 preguntas, en las que el individuo debe seleccionar una opción entre: muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo. El PID-5 se encuentra abierto para investigaciones en la página web de la sociedad americana de psiquiatría, que específicamente para esta investigación, se hará de forma autoaplicada con la supervisión de alguno de los investigadores, previo consentimiento informado y una vez el paciente haya sido trasladado de la unidad de cuidado agudo (Ver Anexo 1).

## **Materiales y métodos**

El siguiente estudio se llevó a cabo en la Clínica Montserrat, pues surgió la necesidad de caracterizar la población hospitalizada en la misma con diagnóstico de trastorno depresivo, ya que el desenlace terapéutico en estos pacientes es significativamente variable. Se planteó entonces los rasgos maladaptativos de personalidad como una variable determinante para el mal desenlace terapéutico en este grupo de pacientes.

Inicialmente se realizó una búsqueda sistemática de la literatura en las bases de datos PUBMED, MEDLINE, PSYCHINFO, EMBASE, LILACS y PROQUEST; con los términos MESH depression, depressive disorder, personality, depression outcome, personality traits, personality assesment. De donde se seleccionaron 78 artículos; las guías de práctica clínica de la Asociación Americana de Psiquiatría, Asociación Europea de Psiquiatría (EPA), Ministerio de Salud de Colombia, Instituto Colombiano del Sistema Nervioso y Organización Mundial de la Salud (OMS); la legislación internacional y nacional pertinente y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales DSM-5.

Una vez revisada la información seleccionada y elaborado el marco teórico, se procedió a determinar las variables que podrían asociarse a un pobre desenlace terapéutico en la población diana del estudio, haciendo énfasis en los rasgos maladaptativos de personalidad, como hipótesis principal del mismo.

Se tomó la decisión de usar el inventario PID-5 como instrumento de medición de los rasgos de personalidad, dado que además de ser actualizado y adherido a la clasificación

nosológica vigente, permite la clasificación entre rasgos de personalidad normales y maladaptativos, según el puntaje encontrado en la medición. Este inventario fue validado al español en el país de España por Gutiérrez y Caseras en 2014, sin embargo no ha sido validado en Colombia. Por esto, se decidió usar el método Delphi, donde se adaptó el cuestionario a la jerga local, mediante la revisión y aceptación de la adaptación realizada por el equipo investigador, por parte de un experto idiomático (Paulina Gómez, filóloga Universidad de Antioquia) y dos expertos metodológicos Dr. Juan Manuel Escobar (Médico Psiquiatra de la Fundación Santa Fe de Bogotá) y Dra. Marcela Alzate (Médico Psiquiatra de Clínica Campo Abierto). Quienes validaron la idoneidad de la herramienta, determinando que fuera idiomáticamente correcta para el contexto local, que midiera los rasgos de personalidad adecuadamente y si es lo suficientemente claro para la población diana del estudio. (36, 44, 45, 46).

El protocolo del estudio, junto con el modelo del consentimiento informado, se presentó al comité de ética CEI CAMPO ABIERTO, en el mes de julio del año 2019; se realizaron los cambios pertinentes que fueron sugeridos por el mismo para ser aprobado.

La recolección de los datos se hizo a través del inventario autoaplicado, adaptado para Colombia PID-5, previo diligenciamiento del consentimiento informado por parte del paciente, una vez estos hayan sido trasladados a la unidad de psiquiatría general de la Clínica Montserrat. La aplicación del instrumento se realizó una vez se culminó la aprobación por parte de todas las instancias requeridas, se hizo de manera autoaplicada con la supervisión de algún miembro del grupo investigador.

Se incluyeron a la investigación pacientes adultos, a quienes en la historia clínica de ingreso, se les diagnosticó un trastorno depresivo monopolar. Posteriormente, previo a la aplicación del instrumento, se realizó una entrevista no estructurada en la que se descartó la presencia de síntomas psicóticos, maniformes o deterioro cognitivo. Se descartó también por medios clínicos o paraclínicos la depresión inducida por sustancias psicoactivas o enfermedad médica.

Una vez finalizó el periodo de recolección de datos, se hizo el análisis estadístico de las variables, correlacionándolas y obteniendo la asociación para confirmar o controvertir la hipótesis planteada.

Los resultados serán presentados en la Clínica Montserrat y Universidad El Bosque, entregándose además la publicación escrita del trabajo en ambos lugares. Finalmente se buscará divulgación del trabajo mediante presentación de póster en el Congreso Nacional de Psiquiatría y el Congreso Mundial de Psiquiatría, además de la redacción de un artículo científico para ser publicado en la Revista Colombiana de Psiquiatría.

### **Aspectos estadísticos**

Se realizó un análisis descriptivo de acuerdo a la naturaleza de las variables. Para variables nominales y ordinales se estimaron frecuencias absolutas y relativas; para variables cuantitativas se estimaron de acuerdo a su distribución medidas de tendencia central y dispersión. La información fue analizada y presentada de forma descriptiva y gráfica usando el paquete estadístico SPSS versión 25, licenciado por la Universidad El Bosque. El método analítico se aplicó para determinar la significancia estadística de la asociación entre las variables seleccionadas, determinada por un nivel de significancia según  $P < 0,05$ ; corregida con el Estadístico Exacto de Fisher en los casos donde el valor de la variable es inferior a la frecuencia mínima esperada. Adicionalmente se realizó medición del riesgo relativo (RR), con un intervalo de confianza (IC) del 95%.

### **Aspectos éticos**

Los procedimientos usados para este protocolo, se efectuaron de conformidad con las normas establecidas por el comité de ética CEI CAMPO ABIERTO, responsable del análisis de los métodos de investigación, teniendo en cuenta además la declaración de Helsinki y la Resolución 8430 de 1993 (46, 47).

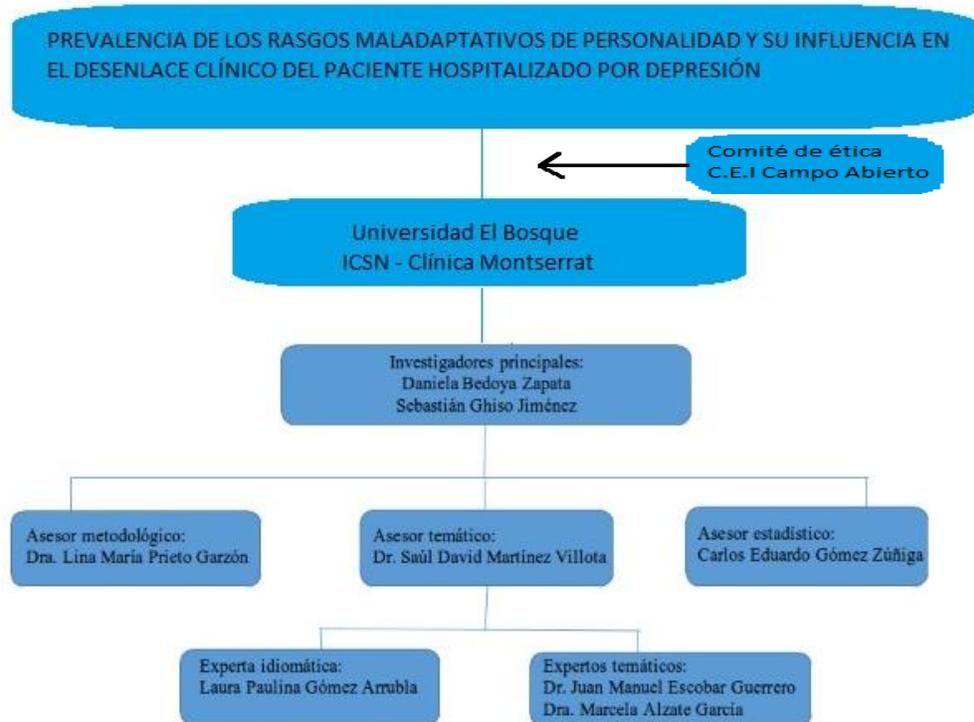
Se considera un estudio de riesgo mínimo, dado que no existió ningún tipo de intervención diferente a la aplicación del instrumento ya mencionado; por lo tanto se contó con un consentimiento informado, que se diligenció previo a la aplicación del inventario, en dicho consentimiento se describe la respectiva confidencialidad con la que serán analizados los datos a partir de la información obtenida, únicamente tendrán acceso a ésta el personal a cargo del estudio, el Comité de Ética en investigación que lo supervisa y los participantes (47) (Ver anexo 2 y 3).

#### *Declaración de conflicto de intereses*

Los autores de la presente investigación declaran no presentar ningún conflicto de interés que surja de la misma.

## Organigrama

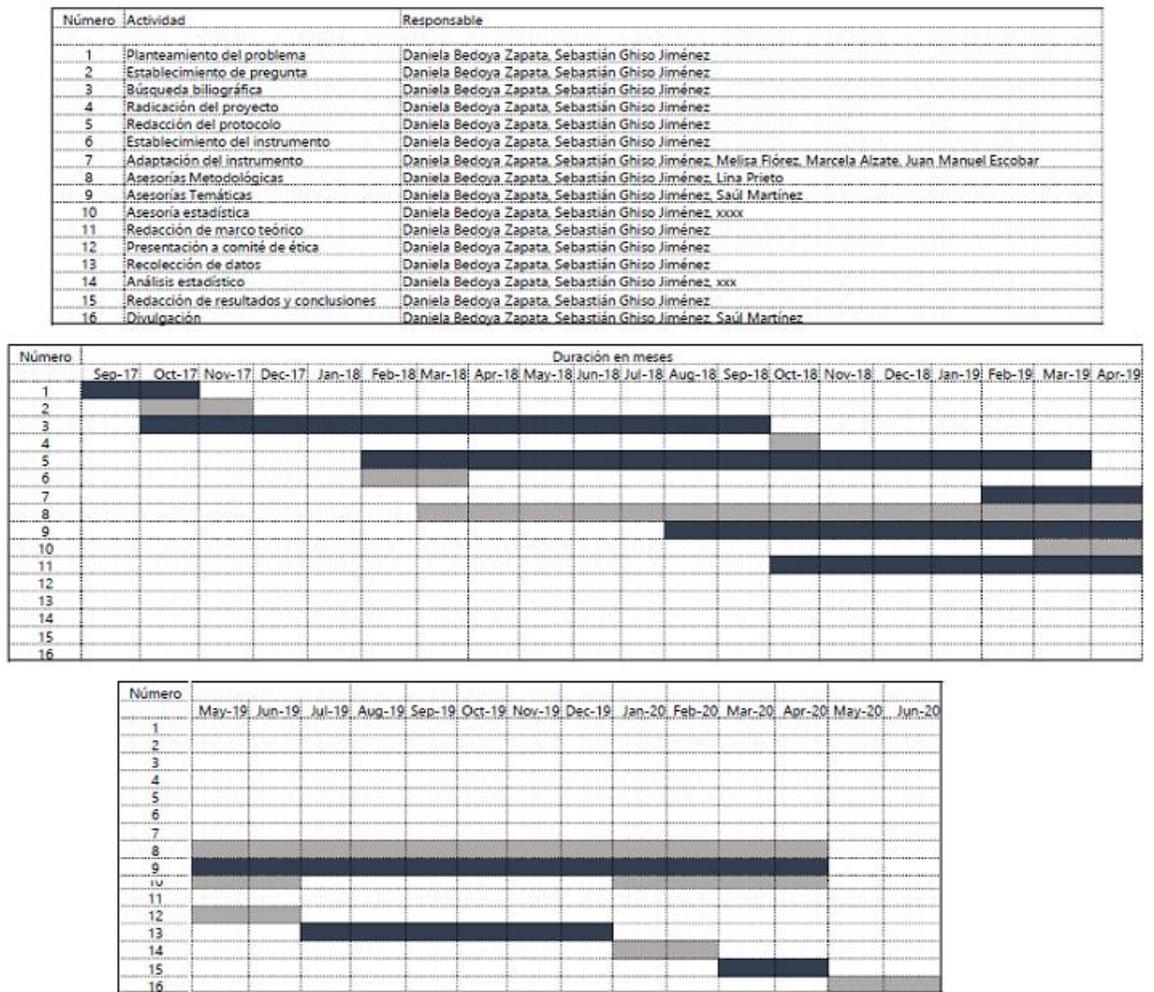
Figura 1. *Organigrama*



Fuente. *Elaboradora por investigadores principales*

### Cronograma

Figura 2. Cronograma



Fuente. Elaboradora por investigadores principales

## Presupuesto

Tabla 2. *Presupuesto*

Rubros/Fuentes	Cantidad	Descripción	Valor unitario	Valor Total
<b>PERSONAL</b>				
Investigador principal 1	1	Honorarios investigador principal	\$4'800.000	\$4'800000
Investigador principal 2	1	Honorarios investigador principal	\$4'800.000	\$4'800.000
Asesor metodológico	1	Honorarios asesor metodológico	\$2'000.000	\$2'000.000
Asesor estadístico	1	Honorarios asesor estadístico	\$2'000.000	\$2'000.000
Asesor temático	1	Honorarios asesor temático	\$2'000.000	\$2'000.000
Experto idiomático	1	Honorarios experto idiomático para adaptación de inventario con método Delphi	\$1'000.000	\$1'000.000
Experto temático 1	1	Honorarios experto temático para adaptación de inventario con método Delphi	\$1'000.000	\$1'000.000
Experto temático 2	1	Honorarios experto temático para adaptación de inventario con método Delphi	\$1'000.000	\$1'000.000
Total personal				\$18'600.000
<b>MATERIALES</b>				
Papel Carta -resma	2	Dos resmas, cada una de 500 hojas, para un total de 1000 hojas tamaño carta.	\$35.700	\$70.400
Lapiceros	20	Veinte lapiceros de tinta negra para diligenciamiento de inventario y consentimiento	\$2.000	\$40.000

Cartucho Impresora	1	Impresión inventario de personalidad, consentimiento informado y trabajo de investigación	\$40.050	\$40.050
Fotocopias	1000	Inventario personalidad, Consentimiento informado	\$100	\$100.000
Total materiales				\$250.450
<b>EQUIPOS</b>				
Computadores	2	Utilizados por los dos investigadores principales	\$1'000.000	\$2'000.000
Total equipos				\$2'000.000
<b>OTROS</b>				
Transporte Asesorías	120	120 pasajes terrestres correspondientes a traslados de los investigadores	\$2.300	\$276.000
Alimentación	210	Refrigerios durante 30 asesorías y 40 reuniones investigadores	\$5.000	\$1'050.000
Total Otros				\$1'326.000
<b>TOTAL GENERAL</b>				<b>\$43'026.900</b>

Fuente. *Elaboradora por investigadores principales*

## Resultados

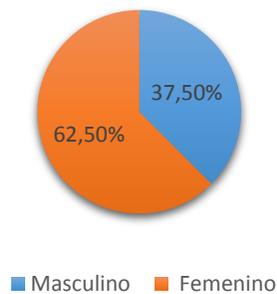
En el presente trabajo inicialmente se describe socio demográficamente la muestra recolectada en la clínica Montserrat durante el segundo semestre de 2019. Esta comprende 96 paciente hospitalizados, cuyo diagnóstico de egreso hace parte de los trastornos depresivos. A estos pacientes se les aplicó el inventario PID-5, el cual caracterizaba dimensionalmente los rasgos maladaptativos de personalidad; con el objetivo de determinar su prevalencia, y la influencia en el desenlace clínico de los mismos.

La muestra tuvo una mayor proporción de individuos de sexo femenino y edad promedio de 31 años, primando el estado civil soltero y la codificación diagnóstica CIE 10 Trastorno depresivo recurrente episodio grave sin síntomas psicóticos (F332) y Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F322). El 92.7% de los sujetos a quienes se les aplicó el inventario tuvieron al menos un rasgo de personalidad maladaptativo, entre los que predominaron anhedonia, ansiedad, depresividad, labilidad emocional y perseveración; siendo la dimensión afecto negativo la más prevalente en dicha población. Dentro de la relación de rasgos maladaptativos de personalidad con el desenlace clínico encontramos varias asociaciones estadísticamente significativas, destacándose el rasgo búsqueda de atención como factor de riesgo para un mayor número de reingresos, así como el rasgo impulsividad relacionado es un factor de riesgo para estancia hospitalaria prolongada.

Dentro de la caracterización sociodemográfica de la muestra recolectada en el segundo semestre de 2019 se incluyeron 96 pacientes hospitalizados en la Clínica Montserrat, cuyos diagnósticos de egreso fueron compatibles con trastorno depresivo unipolar. Entre estos, 60

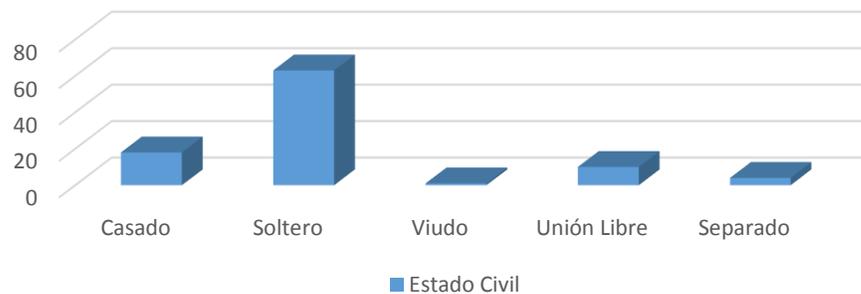
pacientes fueron mujeres y 36 pacientes fueron hombres, es decir 62.5% y 37.5% respectivamente. Todos ellos en edades comprendidas entre los 18 y 64 años, con una edad media de 31 años. El 65.63% fueron solteros, 18.75% estaban casados, el 10.42% se encontraban en unión libre, 4.17% eran separados, y tan solo 1.04% viudos. (Figura 1 y 2)

Figura 3. *Distribución de la muestra según sexo*



Fuente. SPSS versión 25, figura creada por los investigadores a partir de base de datos.

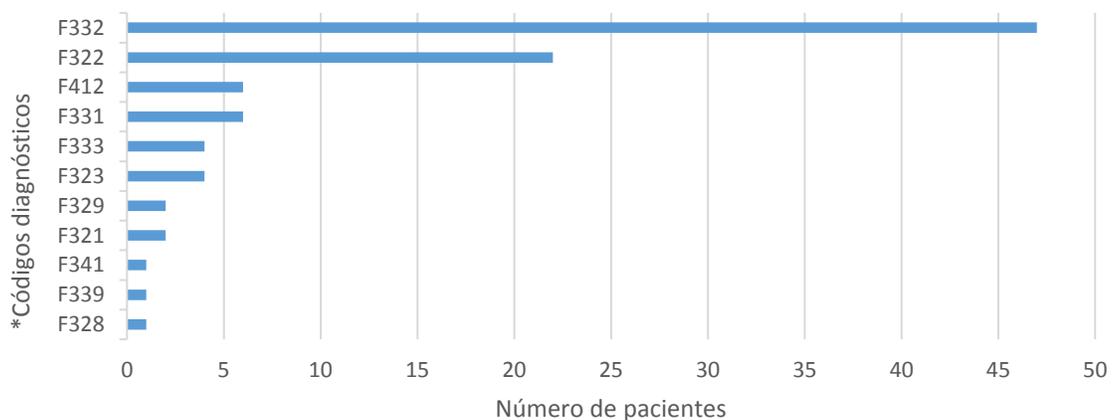
Figura 4. *Distribución de la muestra según estado civil*



Fuente. SPSS versión 25, figura creada por los investigadores a partir de base de datos

En cuanto al diagnóstico de egreso de los pacientes contemplados en la muestra, predominó el código F332 (Trastorno depresivo recurrente, episodio grave), equivalente a un 48.96%, y el código F322 (Episodio depresivo grave), con un 22.92% de la muestra. Los demás diagnósticos nosológicos estuvieron representados por porcentajes mínimos entre el 1 y el 6.25%. (Figura 3)

Figura 5. *Distribución de los pacientes según codificación diagnóstica CIE-10*



\*Códigos diagnósticos: F328 Otros episodios depresivos, F339 Trastorno depresivo recurrente no especificado, F341 Distimia, F321 Episodio depresivo moderado, F329 Episodio depresivo no especificado, F323 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, F333 Trastorno depresivo recurrente episodio grave con síntomas psicóticos, F331 Trastorno depresivo recurrente episodio moderado, F412 Trastorno mixto de ansiedad y depresión, F322 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, F332 Trastorno depresivo recurrente, episodio grave sin síntomas psicóticos.

Fuente. SPSS versión 25, figura creada por los investigadores a partir de base de datos

En la totalidad de los individuos seleccionados se aplicó el inventario de personalidad para el DSM-5 (PID-5), caracterizándolos según la presencia o ausencia de cada uno de los 25 rasgos y 5 dimensiones de personalidad maladaptativos evaluados por el mismo. El 92,7%

de los pacientes tuvieron al menos un rasgo maladaptativo de personalidad, siendo los más frecuentes ansiedad (62,5%), perseveración (55,21%), depresividad (53,13%), labilidad emocional (51,04%) y anhedonia (46,88%) (Tabla 2). Por su parte dentro de las dimensiones maladaptativas de personalidad, la más prevalente fue afecto negativo (42.71%) (Tabla 1).

Dentro de la relación estadística entre los rasgos maladaptativos de personalidad y las variables que determinan el desenlace clínico, encontramos doce asociaciones estadísticamente significativas, medidas según Chi cuadrado, Estadístico exacto de Fisher y riesgo relativo con intervalo de confianza del 95%, a través del software SPSS versión 25.

Fueron consistentes como factores de riesgo para reingresos los rasgos maladaptativos búsqueda de atención [p= 0,34; RR 2,967 (IC 95% 1,05-8,31)], engaño [p= 0,046; RR 4,059 (IC 95% 1,05-15,63)], e insensibilidad [p= 0,037; RR 11,526 (IC 95% 1,13-117,14)]. Por su parte los rasgos maladaptativos impulsividad [p= 0,033; RR 3,186 (IC 95% 1,06-9,57)], evitación de la intimidad [p= 0,025; RR 6,333 (IC 95% 1,39- 28,77)], afectividad restringida [p= 0,02; RR 4,333 (IC 95% 1,4- 13,4)], y toma de riesgos [p= 0,015; RR 4,407 (IC 95% 1,37-14,09)], fueron factores de riesgo para estancia hospitalaria prolongada. En cuanto a los cambios en el manejo farmacológico o adición de terapia de aumento, encontramos como factor de riesgo el rasgo maladaptativo distractibilidad [p= 0,05; RR 3,802 (IC 95% 1,44- 10,03)], mientras que el rasgo maladaptativo evitación de la intimidad fue un factor protector [p= 0,13; RR 0,545 (IC 95% 0,45-0,66)]. Fue a su vez un factor protector para altas voluntarias, la dimensión malaptativa afecto negativo [p=0,036; RR 0,891 (IC 95% 0,81- 0,97)] lo cual se relaciona con la menor proporción de estancia hospitalaria corta en este

grupo de pacientes [ $p=0,019$ ; RR 0,873 (IC 95% 0,78- 0,96)], Finalmente el rasgo maladaptativo inseguridad en la separación se correlacionó como factor protector para estancia hospitalaria corta [ $p= 0,049$ ; RR 0,887 (IC 95% 0,812-0,969)], teniendo en cuenta que la variable estancia hospitalaria corta fue calculada según las desviaciones estándar a partir de los días de estancia hospitalaria en la institución con un valor inferior a -1 DS (<6.5 días de estancia hospitalaria). (Tabla 3).

Los demás rasgos maladaptativos de personalidad no tuvieron relación estadísticamente significativa con las variables que determinan el desenlace clínico de los pacientes.

Tabla 3. *Presencia o ausencia de dimensiones maladaptativas de personalidad en la muestra*

<b>Dimensiones Maladaptativas de personalidad</b>	<b>Ausente (%)</b>	<b>Presente (%)</b>
<b>Afecto Negativo</b>	55 (57.29%)	41 (42.71%)
<b>Desapego</b>	88 (91.67%)	8 (8.33%)
<b>Antagonismo</b>	90 (93.75%)	6 (6.25%)
<b>Desinhibición</b>	78 (81.25%)	18 (18.75%)
<b>Psicoticismo</b>	90 (93.75%)	6 (6.25%)

Fuente. SPSS versión 25, figura creada por los investigadores a partir de base de datos

Tabla 4. *Presencia o ausencia de rasgos de personalidad maladaptativos en la muestra*

Rasgos Maladaptativos de personalidad	Ausente (%)	Presente (%)
<b>Anhedonia</b>	51 (53.13%)	45 (46.88%)
<b>Ansiedad</b>	36 (37.5%)	60 (62.5%)
<b>Búsqueda de atención</b>	73 (76.04%)	23 (23.96%)
<b>Insensibilidad</b>	92 (95.83%)	4 (4.17%)
<b>Engaño</b>	86 (89.58%)	10 (10.42%)
<b>Depresividad</b>	45 (46.88%)	51 (53.13%)
<b>Distractibilidad</b>	64 (66.67%)	32 (33.33%)
<b>Excentricidad</b>	71 (73.96%)	25 (26.04%)
<b>Labilidad emocional</b>	47 (48.96%)	49 (51.04%)
<b>Grandiosidad</b>	85 (88.54%)	11 (11.46%)
<b>Hostilidad</b>	71 (73.96%)	25 (26.04%)
<b>Impulsividad</b>	64 (66.67%)	32 (33.33%)
<b>Evitación de la intimidad</b>	88 (91.67%)	8 (8.33%)
<b>Irresponsabilidad</b>	85 (88.54%)	11 (11.46%)
<b>Manipulación</b>	85 (88.54%)	11 (11.46%)
<b>Desregulación perceptiva</b>	89 (92.71%)	7 (7.29%)
<b>Perseveración</b>	43 (44.79%)	53 (55.21%)
<b>Afectividad restringida</b>	73 (76.04%)	23 (23.96%)
<b>Perfeccionismo rígido</b>	64 (66.67%)	32 (33.33%)
<b>Toma de riesgos</b>	77 (80.21%)	19 (19.79%)
<b>Inseguridad a la separación</b>	62 (64.58%)	34 (35.42%)
<b>Sumisión</b>	68 (70.83%)	28 (29.17%)
<b>Susplicia</b>	76 (79.17%)	20 (20.83%)
<b>Creencias o experiencias inusuales</b>	88 (91.67%)	8 (8.33%)
<b>Retraimiento</b>	78 (81.25%)	18 (18.75%)

Fuente. SPSS versión 25, figura creada por los investigadores a partir de base de datos

Tabla 5. *Relación estadística entre rasgos maladaptativos de personalidad y el desenlace clínico del paciente*

<b>Rasgos</b>	<b>p=</b>	<b>Estadístico exacto de Fisher</b>	<b>RR (IC 95%)</b>
<b>Rasgo maladaptativo Búsqueda de Atención relaciona con número de reingresos</b>	p= 0,034	-	2,967 (1,05-8,31)
<b>Rasgo maladaptativo engaño correlacionado con reingresos</b>	p= 0,031	p= 0,046 (bilateral)	4,059 (1,05-15,63)
<b>Rasgo maladaptativo insensibilidad relacionado con reingresos</b>	p= 0,011	p= 0,037 (bilateral)	11,526 (1,13-117,14)
<b>Rasgo maladaptativo distractibilidad relacionado con cambios en el manejo farmacológico o adición de terapia de aumento</b>	p= 0,05	-	3,802 (1,44-10,03)
<b>Rasgo maladaptativo impulsividad relacionado con estancia hospitalaria prolongada</b>	p= 0,033	-	3,186 (1,06-9,57)
<b>Rasgo maladaptativo evitación de la intimidad relacionado con cambios en el manejo farmacológico o adición de terapia de aumento</b>	p= 0,013	p= 0,019 (bilateral)	0,545 (0,45-0,66)
<b>Rasgo maladaptativo evitación de la intimidad relacionado con estancia hospitalaria prolongada</b>	p= 0,008	p= 0,025 (bilateral)	6,333 (1,39-28,77)
<b>Rasgo maladaptativo afectividad restringida relacionada con estancia hospitalaria prolongada</b>	p= 0,008	p= 0,02 (bilateral)	4,333 (1,4-13,4)

<b>Rasgo maladaptativo toma de riesgos relacionado con estancia hospitalaria prolongada</b>	p= 0,008	p= 0,015 (bilateral)	4,407 (1,37-14,09)
<b>Rasgo maladaptativo inseguridad en la separación relacionado con estancia hospitalaria corta</b>	p= 0,042	p= 0,049 (bilateral)	0,887 (0,812-0,969)
<b>Dimensión maladaptativa afecto negativo relacionada con estancia hospitalaria corta</b>	p= 0,018	p= 0,019 (bilateral)	0,873 (0,78-0,96)
<b>Dimensión maladaptativa afecto negativo relacionado con altas voluntarias</b>	p= 0,029	p= 0,036 (bilateral)	0,891 (0,81-0,97)

Fuente. SPSS versión 25, figura creada por los investigadores a partir de base de datos

## Discusión

El presente estudio se desarrolló con el objetivo de determinar la prevalencia de los rasgos de personalidad maladaptativos y su influencia en el desenlace clínico de los pacientes con trastorno depresivo; los resultados obtenidos son congruentes con la hipótesis planteada, dado que algunos rasgos de personalidad maladaptativos efectivamente tienen una influencia en el desenlace clínico, siendo esto generalmente un factor que empeora el pronóstico, repercutiendo en variables como el número de reingresos, estancias hospitalarias prolongadas y mayor necesidad de cambios en el manejo farmacológico. Por otro lado, llama la atención como en nuestro trabajo no encontramos relación con los datos de estudios previos respecto a la solicitud de altas voluntarias.

Así mismo, encontramos que los hallazgos presentan similitud con otros estudios previamente realizados que analizan la relación entre los rasgos de personalidad y el desenlace clínico de los pacientes. Vale la pena resaltar, que el PID-5 es un inventario con desarrollo reciente, por lo que la mayor parte de trabajos previos se han realizado con herramientas diferentes como el Big- Five Factor Scores y el Temperament And Character Inventory (TCI); sin embargo ambos pueden correlacionarse con el instrumento utilizado en el presente trabajo (62).

Uno de los datos más consistentes a través del tiempo es como el Neuroticismo, que podría equipararse en el PID-5 a la dimensión maladaptativa de personalidad Afecto Negativo, conlleva a un peor desenlace clínico. Esto no pudo corroborarse en los resultados de nuestro

estudio, puesto que esta dimensión sólo se correlacionó como factor protector para una estancia hospitalaria corta, al igual que su subescala inseguridad a la separación (13, 48).

Otro de los factores que no es correlacionable con nuestro estudio, es como los niveles bajos de Apertura, en especial las subescalas de apertura a la cultura y apertura a la experiencia, se podían asociar a peores desenlaces terapéuticos, mayor suicidabilidad y menor respuesta al manejo farmacológico (3, 13, 15, 16, 18, 19, 20). Sin embargo, ninguno de los rasgos o dimensiones maladaptativos de personalidad medidos en el PID-5 es equiparable con este factor del Big Five Factor Scores (62).

Por otra parte, el factor Conciencia del Big Five, tiene relación inversa con las subescalas Irresponsabilidad, Distractibilidad e Impulsividad del PID-5 (62). Los trabajos precedentes, plantean que dicho factor es en puntajes elevados un indicador que sugiere mayor respuesta al tratamiento antidepresivo; lo cual es corroborado de forma proporcionalmente inversa en nuestros análisis estadísticos cuando se demuestra que la Distractibilidad maladaptativa aumenta cerca de 3,8 veces el riesgo de requerir cambios en el manejo antidepresivo, a la vez que el rasgo maladaptativo Impulsividad aumenta 3,1 veces el riesgo de tener una estancia hospitalaria prolongada (3, 13).

Otros trabajos previos describen como los valores bajos en facetas de Empatía y Afabilidad del Big Five, antagónicos de los rasgos maladaptativos Insensibilidad, Engaño y Hostilidad en el PID-5, se asocian a pobre respuesta ante el tratamiento. Este dato es corroborado al encontrar que los pacientes quienes obtuvieron puntajes altos de Insensibilidad y Engaño en nuestro estudio, tuvieron un mayor riesgo de reingresos (3, 62).

Algunos estudios han relacionado el mal desenlace clínico del paciente con depresión con la presentación de altos valores en subescalas del rasgo ansiedad, como la ansiedad anticipatoria y el miedo a la incertidumbre; sin embargo al analizar los datos recolectados, no encontramos ningún desenlace clínico que fuera afectado por el rasgo maladaptativo Ansiedad según el PID-5 (18). Así mismo se ha planteado que la perseverancia es un factor asociado a mala respuesta al tratamiento cuando sus puntajes son bajos, pero en nuestra muestra, dicho rasgo fue sumamente prevalente y no tuvo ningún correlato con el desenlace clínico.

El autocriticismo se ha señalado como un factor que aumenta la intensidad de los síntomas depresivos y disminuye la tasa de respuesta al tratamiento; éste, se encuentra medido en la subescala Depresividad del PID-5, rasgo que fue maladaptativo en más de la mitad de los individuos valorados, pero no tuvo ningún correlato clínico de importancia. Por su parte, la sensibilidad al rechazo, medida en el PID-5 en rasgo maladaptativo Búsqueda de Atención, se ha relacionado con menor remisión de los síntomas, dato congruente con los hallazgos encontrados en nuestro análisis; pues los pacientes con dicho rasgo maladaptativo tuvieron mayor riesgo de reingresos al servicio de hospitalización de la institución (60).

En el TCI, el rasgo Evitación de Daño con puntajes elevados, que sería antagónico al rasgo maladaptativo Toma de Riesgo según el PID-5; se ha relacionado con la menor tasa de remisión o respuesta tardía al tratamiento de los pacientes (21, 22, 23, 28); lo cual es contradictorio con nuestros hallazgos, pues fue precisamente este rasgo, un factor de riesgo

para hospitalizaciones prolongadas. Esto significaría, que los pacientes con menor evitación de daño, tienden a permanecer por más días en manejo intrahospitalario. (3, 15, 25, 26).

Existen además múltiples estudios en los que se ha correlacionado la personalidad con los pobres desenlaces clínicos de los pacientes hospitalizados por depresión, pero desde una perspectiva categorial. Desde este punto de vista, son los trastornos de personalidad límite y antisocial; los que se relacionan con peor respuesta al antidepresivo y hospitalizaciones prolongadas (56). Es en este aspecto, donde el PID-5 cobra mayor relevancia, pues puede ser válido para transformar los datos de personalidad desde la esfera dimensional a la categorial. De este modo, vemos como los rasgos maladaptativos límites de personalidad incluirían impulsividad, labilidad emocional, depresividad, hostilidad e inseguridad en la separación; estando relacionado el primero con estancia hospitalaria prolongada en nuestro análisis y el último con una menor posibilidad de estancias hospitalarias cortas. Así mismo, el trastorno de personalidad antisocial se asociaría a presencia de rasgos maladaptativos engaño, insensibilidad, impulsividad, manipulación y hostilidad. Resaltando entre estos, los dos primeros por su asociación con reingresos y el tercero por una relación con estancia hospitalaria prolongada.

Queda por mencionar la importancia de los rasgos de personalidad maladaptativos Afectividad Restringida y Evitación de la Intimidad, como factores que favorecen estancias hospitalarias prolongadas y mayor necesidad de cambios en el manejo farmacológico. Esto ha sido reportado en un único estudio, donde el rasgo Reserva Personal, análogo a la

combinación de ambas subescalas del PID-5, se ha relacionado con depresiones más severas y menor resultado terapéutico, lo cual apoyaría los hallazgos descritos (6).

Son limitaciones de nuestro estudio el tamaño de muestra reducido para la medición de algunos rasgos de personalidad específicos, que además, al ser recolectado en una única institución disminuye su representatividad en el contexto nacional e internacional. Por otra parte, no fue posible realizar un análisis de los datos en función de algunas variables de confusión como el psiquiatra tratante y la gravedad del episodio depresivo; dado que el primer dato fue sumamente heterogéneo, hasta el punto de no ser representativo; mientras el segundo no fue cuantificado en gran cantidad de los pacientes, por lo cual no es suficientemente significativo para ser susceptible de análisis.

## **Conclusión**

A partir del presente trabajo se corroboró la repercusión negativa existente entre algunos rasgos maladaptativos de personalidad y el desenlace clínico de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de depresión. Lo anterior se observó principalmente en las variables reingresos, estancia hospitalaria prolongada y mayor requerimiento de cambios en el manejo farmacológico o adición de terapia de aumento.

Basados en los resultados presentados, se sugiere realizar un tamizaje de rasgos maladaptativos de personalidad en los pacientes hospitalizados en la clínica Montserrat, con el fin de caracterizar mejor dicha población y de esta manera proporcionar un abordaje terapéutico eficaz, especialmente a los individuos con personalidades limítrofes y antisociales, que son en los que se evidencia un peor desenlace con el tratamiento actualmente brindado.

### Referencias bibliográficas

- (1) Chaskel R, Gaviria SL, Espinel Z, Taborda E, Vanegas R, Shultz JM. Mental health in Colombia. *BJPsych international* 2015 Nov; 12(4):95-97.
- (2) Takahashi M, Suzuki Masatoshi, Muneoka K, Tsuruoka Y, Sato K, Shirayama Y. Personality traits as predictors for the outcome of lithium augmentation in treatment-resistant depression. *Psychiatry Research* 2014;220(3):1144-1146.
- (3) Strandholm T, Karlsson L, Kiviruusu O, Pelkonen M, Marttunen M. Treatment Characteristics and Outcome of Depression Among Depressed Adolescent Outpatients With and Without Comorbid Axis II Disorders. *Journal of personality disorders* 2013 Feb 11;:1-11.
- (4) American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. 5th ed. Madrid (Es). Editorial MédicaPanamericana. 2014
- (5) Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine* 2012 Jun 20;:42(9):1-12.
- (6) Esbec E, Echeburúa E. La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones. *Terapia Psicológica, Sociedad Chilena de Psicología Clínica Chile*. 2014, Sept 32 (3).
- (7) Gómez-Restrepo C, Bohorquez Peñaranda AP. Guía de práctica clínica: detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente. 1th ed. Bogotá (Co). Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. 2013.
- (8) Jiménez-Rojas IA, Carrascal-Márquez AV, Martínez-Villota SD, Alba-Rosero C, Bonilla MF. Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia: trastorno depresivo. 1th ed. Bogotá. Instituto Colombiano del Sistema Nervioso. 2016.
- (9) Chan M. *Depression and Other Common Mental Disorders*. 1th ed. Geneva (Sw). WHO Document Production Services; 2017.
- (10) Rojas G. Depresión. *Medwave* 2010 Apr 1,10(4).
- (11) Stahl SM. *Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas*. Editorial Ariel. 4th ed, Barcelona (Sp). 2009.

(12) Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T, Mulder R, Kool S, Dekker J, et al. Influence of personality on the outcome of treatment in depression: systematic review and meta-analysis. *Journal of Personality Disorders* 2014 Aug;28(4):577-593.

(13) Quilty LC, De Fruyt F, Rolland JP, Kennedy SH, Rouillon PF, Bagby RM. Dimensional personality traits and treatment outcome in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders* 2007;108(3):241-250.

(14) Colombiana de Salud. Guía de manejo para trastornos de personalidad. Tunja (Col). 2014, May:1-48.

(15) Núñez-Gómez NA, Olivera- Plaza SL, Losada-Ramírez ID, Pardo-Torres MP, Díaz Monrroy LG, Rojas-Vega HA. Perfil multidimensional de personas que han realizado intento de suicidio. *Pensamiento Psicológico*. 2008; 04 (10): 85-100.

(16) T Mulder R. The influence of personality on the treatment outcome of psychopathology. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 2011 Jun;10(2):115-117.

(17) Charney DS, Nelson JC, Quinlan DM. Personality Traits and Disorder in Depression. *American Journal of Psychiatry*. 1981 Dec; 138(12):1601-1604.

(18) Casey M. Strickland. Validating the personality inventory for DSM-5: A trait-based model of personality disorders ProQuest Dissertations Publishing; 2014.

(19) Gade A, Kristoffersen M, Kessing LV. Neuroticism in Remitted Major Depression: Elevated with Early Onset but Not Late Onset of Depression. *Psychopathology* 2015 Dec;48(6):400-407.

(20) Subica AM, Allen JG, Frueh BC, Elhai JD, Fowler JC. Disentangling depression and anxiety in relation to neuroticism, extraversion, suicide, and self-harm among adult psychiatric inpatients with serious mental illness. *Br J Clin Psychol*. 2016 Nov;55(4):349-370.

(21) Kampman O, Poutanen O, Illi A, Setälä-Soikkeli E, Viikki M, Nuolivirta T, Leinonen E. Temperament profiles, major depression, and response to treatment with SSRIs in psychiatric outpatients. *European Psychiatry* 2010;27(4):245-249.

(22) Prasko J, Ociskova M, Grambal A, et al. Personality features, dissociation, self-stigma, hope, and the complex treatment of depressive disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:2539–2552.

(23) Takahashi M, Shirayama Y, Muneoka K, Suzuki M, Sato K, Hashimoto K. Personality Traits as Risk Factors for Treatment-Resistant Depression. *PLoS One*. 2013; 8(5)63-75.

(24) Thomas KM, Yalch MM, Krueger RF, Wright AGC, Markon KE, Hopwood CJ. The Convergent Structure of DSM-5 Personality Trait Facets and Five-Factor Model Trait Domains. *Assessment (ASM)* 2012 20(3) 308–311.

(25) Otani K, Suzuki A, Matsumoto Y, Shirata T. Marked differences in core beliefs about self and others, between sociotropy and autonomy: personality vulnerabilities in the cognitive model of depression. *Neuropsychiatric disease and treatment* 2018;14:863-866.

(26) De La Iglesia G, Castro Solano A. Inventario de rasgos positivos basado en el DSM-5 (IRP-5): estudio piloto.

(27) Möller-Leimkühler A, Mädger F. Personality factors and mental health outcome in caregivers of first hospitalized schizophrenic and depressed patients: 2-year follow-up results. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2011 Apr;261(3):165-172.

(28) Kaneda, A, Yasui-Furukori N, Nakagami T, Sato Y, Kaneko S. The influence of personality factors on paroxetine response time in patients with major depression. *Journal of Affective Disorders* 2011;135(1):321-325.

(29) Seidler D, Schäfer R, Jenett D, Hartkamp N, Franz M. Depression und komorbide Persönlichkeitsstörung – Effekte stationärer tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie* 2017 Sep;67(9/10):379-390.

(30) Samuel DB, Hopwood CJ, Krueger RF, Thomas KM, Ruggero CJ. Comparing Methods for Scoring Personality Disorder Types Using Maladaptive Traits in DSM-5. *Assessment* 2013 Jun;20(3):353-361.

(31) Wright AGC, Calabrese WR, Rudick MM, Yam WH, Zelazny K, Williams TF, et al. Stability of the DSM-5 Section III pathological personality traits and their longitudinal associations with psychosocial functioning in personality disordered individuals. *Journal of abnormal psychology* 2015 Feb;124(1):199-207.

(32) Bach B, Sellbom M, Simonsen E. Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) in Clinical Versus Nonclinical Individuals: Generalizability of Psychometric Features. *Assessment* 2018 Oct;25(7):815-825.

(33) López J, Aliño I. Examen internacional de los trastornos de la personalidad módulo CIE-10. Edición Española. 1th ed. Madrid. Cambridge University Press; 1996.

(34) Fossati A, Krueger RF, Markon KE, Borroni S, Maffei C. Reliability and validity of the personality inventory for DSM-5 (PID-5): predicting DSM-IV personality disorders and psychopathy in community-dwelling Italian adults. *Assessment*. 2013 Dec;20(6):689-708.

(35) Griffin SA, Samuel DB. A closer look at the lower-order structure of the Personality Inventory for DSM-5: Comparison with the Five-Factor Model. *Personality disorders* 2014 Oct;5(4):406-412.

(36) Gutiérrez F, Aluja A, Peri JM, Calvo N, Ferrer M, Baillés E, Gutiérrez-Zotes JA, García M, Caseras X, Markon KE, Krueger RF. Psychometric Properties of the Spanish PID-5 in a Clinical and a Community Sample. *SAGE* 2015 Oct; 1-11.

(37) Ovalle-Peña O, Alejo-Riveros A, Tarquino-Bulla LC, Prado-Guzmán K. Relación entre depresión y rasgos de personalidad en jóvenes y adultos con conducta intencional suicida de Ibagué, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina* 2017 Apr 1;65(2):211-217.

(38) Gómez-Restrepo C. Encuesta Nacional de Salud Mental. 1th ed. Bogotá (Co). Javegraph; 2015.

(39) Jackson HJ, Burgess PM. Personality disorders in the community: a report from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000 Dec;35(12):531-538.

(40) Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. *American Journal of Psychiatry* 2005 Oct 1;162(10):1911-1918.

(41) Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample. *Archives of General Psychiatry* 2001 Jun 1;58(6):590-596.

(42) Epstein, Jonathan|Santo, Ruth Miyuki|Guillemin, Francis. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *Journal of Clinical Epidemiology* 2015;68(4):435-441.

(43) Carreño-Jaimes M. El método Delphi: cuando dos cabezas piensan más que una en el desarrollo de guías de práctica clínica. *Rev.colomb.psiquiater.* 2009; 38 (1):185-193.

(44) Quilty LC, Ayearst L, Chmielewaki M, Pollock BG, Bagby RM. The Psychometric Properties of the Personality Inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 Field Trial Sample. *SAGE*, 2013 May;20(3) 362–369.

(45) Hopwood CJ, Wright AGC, Krueger RF, Schade N, Markon KE, Morey LC. DSM-5 Pathological Personality Traits and the Personality Assessment Inventory. *SAGE*. 2013; 20(3): 269-285.

(46) World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM, principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. World Medical Association Press. 64th ed, Fortaleza (Br). 2013

(47) Londoño JL. Resolución número 8430 de 1993. 1th ed. Bogotá (Co). Ministerio de Salud de Colombia. 1993.

(48) Rosenström T, Jylhä P, Cloninger RC, Hintsanen M, Elovainio M, Mantere O, Pulkki-Råback L, Riihimäki K, Vuorilehto M, Keltikangas-Järvinen L, Isometsä E. Temperament and character traits predict future burden of depression. *Journal of Affective Disorders* 2014;158:139-147.

(49) Berk M, Boyce P, Hamilton A, Morris G, Outhred T, Das P, et al. Personality: Distraction or driver in the diagnosis of depression. *Personality and Mental Health* 2018 May;12(2):126-130.

(50) Marijnissen G, Tuinier S, Sijben AES, Verhoeven WMA. The temperament and character inventory in major depression. *Journal of Affective Disorders* 2002;70(2):219-223.

(51) David I, Brunbauer A, Laux G, Zwick S. Depression and Response: Impact of Personality and Cognition. *Psychiat Prax* 2009 Apr;36(3):132-136.

(52) Weber K, Giannakopoulos P, Bacchetta J, Quast S, Herrmann FR, Delaloye C, et al. Personality traits are associated with acute major depression across the age spectrum. *Aging & Mental Health* 2012 May 1;16(4):472-480.

(53) Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *The British Journal of Psychiatry* 2006 Jan 1;188(1):13-20.

(54) López J, Aliño I. Directrices: Cuestionario de evaluación ipde módulo DSM-IV. Edición Española. 1th ed. Madrid (Es). Cambridge University Press; 1996.

(55) Dolcet i Serra J, Aluja A. Carácter y temperamento: Similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores. Universitat de Lleida. 2006 May.

(56) Black DW, Bell S, Hulbert J, Nasrallah A. The importance of Axis II in patients with major depression: A controlled study. *Journal of Affective Disorders* 1988;14(2):115-122.

(57) Goddard E, Wingrove J, Moran P. The impact of comorbid personality difficulties on response to IAPT treatment for depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy* 2015 Oct;73:1-7.

(58) Kövi Z, Odler V, Gacsályi S, Hittner JB, Hevesi K, Hübner A, et al. Sense of coherence as a mediator between personality and depression. *Personality and Individual Differences* 2017 Aug 1;114:119-124.

(59) Spittlehouse JK, Pearson JF, Luty SE, Mulder RT, Carter JD, McKenzie JM, Joyce PR. Measures of temperament and character are differentially impacted on by depression severity. *Journal of Affective Disorders* 2010;126(1):140-146.

(60) Kudo Y, Nakagawa A, Wake T, Ishikawa N, Kurata C, Nakahara M, et al. Temperament, personality, and treatment outcome in major depression: a 6-month preliminary prospective study. *Neuropsychiatric disease and treatment* 2017;13:17-24.

(61) Jourdy R, Petot J. Relations entre traits de personnalité et dépression au niveau des cinq grands facteurs et de leurs facettes/Relationships between personality traits and depression in the light of the "Big Five" and their different facets. *L'Evolution psychiatrique* 2017 Oct 1;82(4):721.

(62) Watson D, Stasik SM, Ro E, Clark LA. Integrating Normal and Pathological Personality. *Assessment* 2013 Jun;20(3):312-326.

(63) Schulz P, Beblo T, Ribbert H, Kater L, Spannhorst S, Driessen M, et al. How is childhood emotional abuse related to major depression in adulthood? The role of personality and emotion acceptance. *Child Abuse & Neglect* 2017 Oct;72:98-109.

(64) Conrad R, Walz F, Geiser F, Imbierowicz K, Liedtke R, Wegener I. Temperament and character personality profile in relation to suicidal ideation and suicide attempts in major depressed patients. *Psychiatry Research* 2008;170(2):212-217.