



Anales de Psicología

ISSN: 0212-9728

servpubl@fcu.um.es

Universidad de Murcia

España

García-Galindo, José T.; Muiños-Martínez, Rubén; Ferrer-García, Marta; Tous-Ral, Josep M.

Teoría de la personalidad implícita y explícita de los pacientes con depresión

Anales de Psicología, vol. 29, núm. 2, mayo, 2013, pp. 378-384

Universidad de Murcia

Murcia, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16726244029>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Teoría de la personalidad implícita y explícita de los pacientes con depresión

José T. García-Galindo, Rubén Muñoz-Martínez, Marta Ferrer-García y Josep M. Tous-Ral*

Departamento Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universidad de Barcelona

Resumen: En el presente trabajo se comparan las teorías implícitas con la teoría explícita de la personalidad depresiva. Se administró un listado de adjetivos para la heteroevaluación de la depresión a un total de 400 participantes, distribuidos en cuatro grupos: a) depresivos, b) población general, c) médicos y d) diplomados en enfermería. A los pacientes depresivos se les volvió a administrar el listado de adjetivos para su autoevaluación. Se llevó a cabo un estudio descriptivo mediante la prueba de χ^2 para discriminar los adjetivos utilizados entre los grupos. Seguidamente se realizaron ANOVAs para establecer diferencias por grupos a partir de la heteroevaluación y para comprobar si había diferencias entre la heteroevaluación y la autoevaluación de las personas depresivas. El análisis de los resultados constata la existencia de diferencias en el estereotipo de las personas depresivas por parte del grupo clínico depresivo, del grupo médico y del grupo de enfermería pero no indicios de estigmatización. Sin embargo, en el grupo general distinguimos una creencia prejuiciosa en su percepción de las personas depresivas. Las personas con trastorno depresivo manifiestan una heteroevaluación de la depresión más positiva que su propia autoevaluación.

Palabras clave: Categorización; sesgo perceptivo; estereotipo; prejuicios.

Title: Implicit and explicit personality theories of depressed patients.

Abstract: Implicit and explicit theories of depressive personality are compared. A list of adjectives was administered for hetero-evaluation to 400 participants, divided into four groups: depressed patients, general population, doctors, and nurses. Depressed patients were re-administered the list of adjectives for self-evaluation. A descriptive study was conducted using χ^2 to discriminate the adjectives used between groups. Two ANOVAs were then performed to establish differences between groups from hetero-evaluation and to test the presence of differences between the hetero- and the self-evaluation. Results showed the existence of differences in the stereotype of the people with depression between the clinically depressed group, the group of doctors and the group of nurses but not evidence of stigma. However, the general group showed prejudiced beliefs in their perception of depressed people. Depressed patients showed a more positive hetero-evaluation of depressive personality than of their own self-evaluation.

Keywords: Categorization; perceptual bias; stereotype; prejudice.

Introducción

La sintomatología depresiva se observa tanto por sí misma en la población general, como de forma comórbida en conjunción con otras patologías mentales. Diversos investigadores coinciden en describir los síntomas depresivos como una problemática de salud pública, estimándose que el 25 % de la población en algún momento de su vida ha padecido o padecerá un trastorno depresivo (Berenzon, Tiburcio y Medina, 2005; Cova, 2005; Czernik, Almirón, Cuenca y Mazarro, 2005; Gaviria, 2009; Matud, Díaz, Aguilera, Rodríguez y Matud, 2003; Matud, Guerrero y Matías, 2006). García-Solano (2001) manifiesta que tanto niños como adultos de ambos性, e incluso profesionales de la salud, muestran actitudes negativas hacia las personas depresivas. Por su parte, Freidl, Píralic, Spitzl y Aigner (2008) afirman que las enfermedades mentales en general y en concreto los trastornos depresivos constituyen un duro y debilitante estigma para las personas que los padecen. Las personas depresivas refieren una elevada discriminación institucional e interpersonal e incluso sufren un patrón de denigración y condena que se ha denominado “*opresión civilizada*” (Rogge, Greenwald y Golden, 2004). El estigma percibido por los pacientes con trastornos depresivos se ha asociado con una mayor severidad del trastorno (Pyne et al., 2004; Sirey et al., 2001), menor autoestima (Hayward, Wong, Bright y Lam, 2002), disminución de la cantidad y calidad de actividades sociales y de ocio (Perlick et al., 2001; Alonso et al., 2009) y, en general, peor calidad de vida (Alonso et al., 2009). Además, existen estudios que relacionan la estigmatización con menor adherencia

al tratamiento (Sirey et al., 2001) y mayor resistencia a buscar ayuda profesional (Barney, Griffiths, Jorm y Christensen, 2006; Schomerus, Matschinger y Angermeyer, 2009), aunque existen estudios que no apoyan esta afirmación (Aromaa, Tolvanen, Tuulari y Wahlbeck, 2011; Ng et al., 2008).

Dado el impacto de los trastornos depresivos, conocer las teorías implícitas de la personalidad (creencias que se refieren a individuos concretos), los estereotipos (creencias que aluden a las personas como pertenecientes a grupos sociales) y determinar los prejuicios que existen en los grupos estudiados acerca de la patología depresiva es un elemento fundamental del tratamiento.

Jáuregui, Rivas, Montaña y Morales (2008) utilizaron el listado de adjetivos IA-TP para evaluar la personalidad implícita de las personas con obesidad en tres grupos de población: estudiantes universitarios, pacientes con trastorno de la conducta alimentaria (TCA) y pacientes con obesidad. Los resultados mostraron que tanto la población de estudiantes como los pacientes con TCA tienden a utilizar con más frecuencia adjetivos negativos al definir la personalidad de las personas obesas que el grupo de pacientes con obesidad, que tiende a emplear adjetivos más positivos. Según los autores, los estereotipos introducirían un sesgo perceptivo en cuanto a las características de personalidad de las personas obesas. Jáuregui y colaboradores (2008) manifiestan que se puede considerar que tanto las teorías implícitas de la personalidad como los estereotipos son un modelo del proceso de categorización. El ser humano, al estar en relación con otras personas o grupos sociales, observa regularidades a partir de las cuales construye un prototípo general que le facilita conocer, controlar y predecir el comportamiento de aquéllos que se encuentran en su entorno social. En este intento de poner orden en su realidad social, la persona puede llevar a cabo determinadas simplificaciones que se convierten en sesgos perceptivos. Así, a partir de una sola propiedad

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]:

José M. Tous-Ral. Dept. Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Barcelona. Paseo de la Valle de Hebron, 171. 08035 Barcelona (España). E-Mail: jmtous@ub.edu

(por ejemplo, ser depresivo) la persona infiere determinadas características de la personalidad sobre un individuo o grupo más allá de los datos que realmente posee. De manera que las teorías implícitas de la personalidad y los estereotipos completan el contenido de las categorías en base a las creencias; produciéndose una asimetría atribucional (Ser depresivo es malo y no serlo es bueno).

Los objetivos principales de esta investigación son, en primer lugar, evaluar la percepción de la personalidad implícita de los pacientes con depresión en cuatro grupos diferentes: población general, médicos, diplomados en enfermería y pacientes diagnosticados de esta patología y, en segundo lugar, comparar la evaluación explícita del grupo clínico con la evaluación implícita que este mismo grupo hace de la personalidad de los pacientes diagnosticados de depresión. En relación al primer objetivo, y siguiendo los estudios de Jáuregui et al. (2008) y de García-Solano (2001), planteamos que la percepción de la personalidad depresiva será distinta en los profesionales sanitarios, la población general y la población clínica con depresión; específicamente, esperamos que la percepción de la personalidad depresiva será más positiva en el grupo clínico que en el resto grupos. Así mismo, queremos explorar si se dan diferencias entre el personal sanitario, dada su profesión, y la población general. En relación al segundo objetivo, planteamos que se encontrarán diferencias entre la teoría explícita y la teoría implícita de la personalidad de los pacientes con trastornos depresivos en el grupo clínico, siendo la percepción de la propia personalidad (personalidad explícita) más negativa que la percepción de la personalidad de la persona depresiva en general (personalidad implícita). En el proceso de generalización la persona tiende a simplificar su respuesta reduciendo el número de adjetivos, por el contrario, en el proceso de particularización ("yo como paciente con trastorno depresivo") puede esperarse que la persona, además de los adjetivos seleccionados en el proceso de generalización, escogerá otros adjetivos que se atribuye a sí mismo. Así, dado que el paciente depresivo tiene una opinión negativa de sí mismo, estos últimos adjetivos escogidos contribuirán a que la percepción de la persona depresiva en particular sea más negativa que la percepción de la persona depresiva en general.

Método

Participantes

El presente estudio contó con un total de 400 participantes escogidos al azar no aleatorio (o intencional), con edades entre los 18 y los 60 años, y de ambos sexos (con una proporción 2/1 entre mujeres y hombres). Los participantes se distribuyeron de la siguiente manera: (1) *Grupo clínico depresivo* integrado por 100 participantes con diagnóstico de trastorno depresivo, de ellos 67 fueron mujeres y 33 varones con una media de edad de 42.61 años y desviación típica de 9.78. Los pacientes del grupo clínico depresivo fueron diagnosticados según criterios del DSM-IV, estando en tratamiento en régimen ambulatorio en el *Centro de Salud Montclar de Sant Boi de Llobregat* (Barcelona); (2) *Grupo general* formado por 100 participantes, de ellos 67 fueron mujeres y 33 varones con una media de edad de 41.54 años y desviación típica de 9.89; (3) *Grupo médico* compuesto por 100 participantes (médicos generalistas, pediatras, psiquiatras, cirujanos y de otras especialidades) de ellos 70 fueron mujeres y 30 varones con una media de edad de 42.45 años y desviación típica de 10.41; (4) *Grupo de enfermería* configurado por 100 participantes, diplomados en enfermería, de ellos 66 fueron mujeres y 34 varones con una media de edad de 42.12 años y desviación típica de 11.39.

Boi de Llobregat (Barcelona); (2) *Grupo general* formado por 100 participantes, de ellos 67 fueron mujeres y 33 varones con una media de edad de 41.54 años y desviación típica de 9.89; (3) *Grupo médico* compuesto por 100 participantes (médicos generalistas, pediatras, psiquiatras, cirujanos y de otras especialidades) de ellos 70 fueron mujeres y 30 varones con una media de edad de 42.45 años y desviación típica de 10.41; (4) *Grupo de enfermería* configurado por 100 participantes, diplomados en enfermería, de ellos 66 fueron mujeres y 34 varones con una media de edad de 42.12 años y desviación típica de 11.39.

Instrumentos

Se utilizó el IA-TP, o Inventario de Adjetivos para la evaluación de los Trastornos de Personalidad (Tous, Pont y Muñoz, 2005). Se trata de un instrumento psicológico de heteroevaluación y autoevaluación de la personalidad, basado en el modelo teórico propuesto por Millon (1998) cuya administración puede realizarse de manera individual o colectiva y que evalúa los trastornos de personalidad descritos en el eje II del DSM-IV relacionados con los rasgos de personalidad normal. Dicha prueba está destinada a adolescentes y adultos de ambos性s y permite discriminar, mediante un listado de 146 adjetivos, nueve escalas de personalidad normal y anormal (Tabla 1).

Tabla 1. Listado de las escalas de personalidad del IA-TP, relacionadas con los trastornos de personalidad del DSM-IV.

Escalas	IA-TP	DSM-IV
1	Introvertida	Esquizoide
2	Inhibida	Evitativa
3	Cooperativa	Dependiente
4	Sociable	Histrionica
5	Confiada	Narcisista
6	Convincente	Antisocial
7	Respetuosa	Obsesivo-Compulsiva
8	Sensible	Negativista
9	Impulsiva	Límite

Según Millon y Davis (1998), el patrón depresivo correspondería a las escalas 1 y 2 del IA-TP. La relación entre el IA-TP y la teoría de Millon está más ampliamente tratada en García Galindo (2011).

El IA-TP realiza una evaluación independiente de cada uno de los nueve rasgos de personalidad que evalúa mediante el análisis factorial de los ítems (adjetivos) que lo constituyen. Las puntuaciones brutas del IA-TP, obtenidas a partir de la suma total de adjetivo escogidos en cada escala, se transforman en puntuaciones directas mediante una ecuación de regresión que corrige la tendencia de la persona a responder globalmente al listado con un número alto o bajo de adjetivos. Los valores de fiabilidad y validez aparecen en el mismo manual del IA-TP (Tous et al., 2005). El alfa de Cronbach, para cada escala por separado, está entre 0.65 y 0.75 en la muestra de varones adultos y entre 0.60 y 0.72 en la muestra de mujeres adultas.

Procedimiento

El proyecto de investigación fue evaluado y aprobado por el *Comité d'Ética d'Investigació Clínica de la Fundació IDLAD Jordi Gol* para los Centros Sanitarios pertenecientes a la Seguridad Social en Cataluña. Además, se pidió por escrito el consentimiento informado a todos los participantes antes de iniciar el estudio. Se administró el listado de adjetivos del IA-TP al grupo general, al grupo médico, al grupo de enfermería y al grupo clínico depresivo con la consigna de señalar aquellos adjetivos de la lista que mejor calificasen, según su criterio, a las personas depresivas de forma general (heteroevaluación). Al grupo clínico con depresión se le administró el listado de adjetivos del IA-TP en dos momentos distintos: primero la heteroevaluación y al cabo de más de 1 mes la autoevaluación. En este segundo momento se dio la consigna de que seleccionasen los adjetivos de la lista que mejor calificasen su propia forma de ser. Uno de los objetivos del estudio era evaluar la existencia de diferencias entre la personalidad implícita de las personas con trastornos depresivos, es decir, la percepción que tienen los diferentes grupos estudiados de la personalidad de estos pacientes (heteroevaluación), y la personalidad explícita de las personas con trastornos depresivos, es decir, la autoevaluación que hacen los pacientes con esta patología de su propia personalidad. Por este motivo, sólo al grupo de pacientes con trastorno depresivo se les pidió que autoevaluaran su personalidad, además de llevar a cabo la heteroevaluación de la personalidad percibida de la persona depresiva en general. La administración del listado osciló entre veinte y treinta minutos. Únicamente se consideró criterio de exclusión el estado de demencia. El administrador fue el mismo en todas las aplicaciones.

Análisis estadístico

En primer lugar, se llevó a cabo un estudio descriptivo mediante la prueba de χ^2 para discriminar los adjetivos utilizados en los diferentes grupos evaluados con el objetivo de determinar su percepción de la personalidad implícita de las personas depresivas. A su vez, a partir de los resultados obtenidos en esta prueba se realizó un análisis cualitativo basado, en primer lugar, en una toma de decisión absoluta y, en segundo lugar, en una toma de decisión relativa, por encima del 60 % y por debajo del 20 %. El objetivo del mencionado análisis fue especificar qué adjetivos caracterizan mejor y en mayor medida las diferencias en la percepción de las personas depresivas que muestran los grupos estudiados. Seguidamente se realizó un ANOVA para establecer la significación estadística de las diferencias encontradas en la personalidad implícita de las personas depresivas entre los grupos objeto de estudio a partir de la heteroevaluación realizada según las escalas de personalidad del IA-TP. Posteriormente, para comprobar si había diferencias significativas entre la heteroevaluación y la autoevaluación de la personalidad de los pacientes depresivos se llevó a cabo otro ANOVA, comparando las puntuaciones obtenidas por el grupo clínico en

cada una de las escalas de personalidad del IA-TP cuando se describen a sí mismos (personalidad explícita) con las puntuaciones obtenidas en estas escalas cuando describen a la persona depresiva en general (personalidad implícita).

Resultados

Para dar respuesta a los principales objetivos de esta investigación, se evaluó la percepción de la personalidad de los pacientes con trastornos depresivos desde dos perspectivas: implícita o heteroevaluada y explícita o autoevaluada.

Los adjetivos seleccionados por más del 50% de los participantes para describir la percepción que tienen de la personalidad de los pacientes con trastornos depresivos, se incluyen en la Tabla 2, así como la escala del IA-TP a la que corresponde cada adjetivo. Los siguientes 26 adjetivos fueron los utilizados con mayor frecuencia, por este orden: *deprimido, triste, pasivo, apático, apagado, abatido, solo, inseguro, solitario, pesimista, sensible, indiferente, preocupado, reservado, distante, inexpresivo, malhumorado, miedoso, insípido, temeroso, disgustado, serio*,

Tabla 2. Adjetivos más utilizados para describir la percepción de la personalidad implícita de las personas depresivas por el conjunto de los cuatro grupos estudiados.

Adjetivo	f	%	AP	AC	AC
Deprimido	400	100.00		Sensible	Introvertida
Triste	371	92.75	Introvertida	Impulsiva	
Pasivo	354	88.50	Introvertida		
Apático	323	80.75	Introvertida		
Apagado	293	73.25	Introvertida		
Abatido	290	72.50	Impulsiva		
Solo	283	70.75	Inhibida		
Inseguro	271	67.75		Cooperativa	Inhibida
Solitario	271	67.75		Inhibida	Introvertida
Pesimista	259	64.75	Sensible		
Sensible	258	64.50		Cooperativa	Inhibida
Indiferente	257	64.25	Introvertida		
Preocupado	255	63.75	Inhibida		
Reservado	250	62.50	Introvertida		
Distante	240	60.00	Introvertida		
Inexpresivo	231	57.75	Introvertida		
Malhumorado	229	57.25	Sensible		
Miedoso	225	56.25	Inhibida		
Insípido	223	55.75	Introvertida		
Disgustado	220	55.00	Inhibida		
Temeroso	220	55.00	Inhibida		
Serio	220	55.00		Respetuosa	Introvertida
Susceptible	218	54.50	Inhibida		
Aprendativo	213	53.25	Sensible		
Desapercibido	212	53.00	Inhibida		
Insociable	211	52.75	Sensible		

AP: adjetivo propio de una sola escala de personalidad; AC: adjetivo común a varias escalas de personalidad (Se han establecido dos columnas de adjetivos comunes puesto que hay adjetivos que no están incluidos en ninguna escala de personalidad como propios y si lo están en dos escalas de personalidad como adjetivos comunes).

desapercibido, susceptible, aprendativo e insociable. En cambio, los siguientes 34 adjetivos no fueron escogidos por ningún participante de los cuatro grupos a estudio: *activo, arrogante, creído, autoritario, audaz, eficiente, extravagante, animado, competitivo, feliz*,

dominante, importante, combativo, hablador, inmodesto, fuerte, atrevido, optimista, mandón, orgulloso, grupal, sociable, vanidoso, valiente, satisfecho, vital, militante, gregario, aventurero, presumido, poderoso, virtuoso, encantador y seductor.

Con el propósito de determinar las diferencias en los adjetivos seleccionados para describir la personalidad de las personas con trastornos depresivos por parte de cada uno de los grupos estudiados, se realizó una prueba de χ^2 , dado que tanto los adjetivos del IA-TP como los grupos de nuestro estudio son variables cualitativas o categóricas (mutuamente excluyentes) medidas en escala nominal. Del total de 146 adjetivos que constituyen la prueba, se encontraron diferencias significativas entre los grupos en 57 adjetivos (45 con una significación al .001 y el resto con una significación al .05). En los 89 adjetivos restantes, los cuatro grupos contestaron de forma análoga. Por tanto, los grupos se diferenciaron entre sí tan sólo en un 38.9% de los adjetivos y fueron semejantes en un 61.1 %. En la Tabla 3 se presentan todos los adjetivos que han puesto de manifiesto diferencias significativas ($p < .001$) entre los grupos estudiados.

A partir de los resultados del análisis de la χ^2 (Tabla 3) se llevó a cabo un análisis cualitativo en base a dos criterios:

- Análisis de contenido basado en una toma de decisión absoluta. Por ejemplo, el adjetivo *dramatizador* no fue escojido por ningún participante del grupo clínico depresivo pero fue utilizado por el 48 % de los participantes de los grupos no clínicos en su percepción de la depresión.
- Análisis de contenido basado en una toma de decisión relativa, por encima del 60 % y por debajo del 20 %. Por ejemplo, que la puntuación del grupo clínico depresivo esté por debajo del 20 % y las puntuaciones de los grupos no clínicos se encuentren por encima del 60 % y viceversa.

Según el análisis cualitativo, el grupo clínico depresivo no considera en absoluto a la persona depresiva como *dramatizadora, gruñona, murmuradora, vaga, teatral, quisquillosa, insípida y egoísta* en contraste con los otros grupos que sí emplean estos adjetivos negativos para calificar a la persona depresiva. La diferencia entre los grupos no clínicos y el grupo de pacientes en el uso de calificativos es especialmente alta en los adjetivos *dramatizador* (48 %) e *insípido* (73.33 %).

El grupo médico (29 %) y el grupo de enfermería (22 %) estiman que la persona depresiva es *perfeccionista* a diferencia del grupo clínico depresivo y del grupo general, que no la valoran de esta manera. El grupo clínico depresivo únicamente considera a la persona depresiva *pesimista* en un 22 % frente a la apreciación del 79 % que muestran los grupos no clínicos.

Tabla 3. Diferencias en la percepción de la personalidad implícita de las personas depresivas, según el listado de adjetivos del IA-TP, en los diferentes grupos estudiados medidas mediante la prueba de χ^2 .

Adjetivo	(f)GD	(f)GG	(f)GM	(f)GE	p<
Pasivo	98	81	92	83	.001
Distante	80	55	50	55	.001
Auxiliador	38	0	0	0	.001
Complaciente	34	0	0	0	.001
Cándido	0	0	27	0	.001
Confiado	0	0	28	0	.001
Discreto	48	35	21	28	.001
Sensible	77	71	49	61	.001
Dramatizador	0	45	48	51	.001
Gruñón	0	9	7	7	.001
Excluido	57	39	20	35	.001
Disgustado	78	46	47	49	.001
Ignorado	62	23	14	21	.001
Desagradable	0	15	0	0	.001
Insociable	35	80	43	53	.001
Inseguro	85	74	49	63	.001
Malhumorado	40	60	68	61	.001
Rígido	26	7	10	8	.001
Incómodo	0	29	0	0	.001
Voluble	57	27	13	21	.001
Ordenado	9	0	0	0	.001
Dócil	25	5	10	7	.001
Molesto	0	17	0	0	.001
Murmurador	0	29	10	17	.001
Organizado	0	0	0	11	.001
Inocente	0	25	7	10	.001
Tímido	59	23	18	26	.001
Educado	0	0	0	20	.001
Vago	0	19	15	21	.001
Rechazado	64	0	0	0	.001
Susceptible	73	51	45	49	.001
Obediente	42	30	3	10	.001
Conformista	52	31	16	25	.001
Tenso	42	18	14	17	.001
Perfeccionista	0	0	29	22	.001
Preciso	0	0	15	0	.001
Dependiente	52	38	23	27	.001
Antipático	0	13	0	0	.001
Desprendido	43	40	7	15	.001
Teatral	0	19	31	22	.001
Pesimista	22	73	83	81	.001
Quisquilloso	0	30	13	16	.001
Desinteresado	49	47	26	32	.001
Insípido	0	82	71	70	.001
Ansioso	56	32	44	35	.001

GD: Grupo clínico depresivo; GG: Grupo general; GM: Grupo médico; GE: Grupo de enfermería; f: Frecuencia; p: significación

Junto con el análisis cualitativo, se llevó a cabo un análisis cuantitativo a partir de los resultados obtenidos en las escalas del IA-TP, con el objetivo de constatar la presencia de diferencias significativas entre los grupos estudiados. Para ello, los resultados de la heteroevaluación se vincularon a los diferentes tipos de personalidad (Tabla 1), según la teoría explícita de Millon y Davis (1998), y se compararon las respuestas de cada grupo mediante una ANOVA. Se encontraron diferencias significativas entre los grupos en todas las escalas (Tabla 4).

En la Figura 1 se muestra la media de las puntuaciones de todos los grupos para cada dimensión de personalidad. Este gráfico pone de manifiesto el perfil de la personalidad

implícita de las personas depresivas, constituido por las escalas de Personalidad Esquizoide, Evitativa, Negativista y Límite.

Tabla 4. Percepción de la personalidad implícita de las personas depresivas, según las escalas de personalidad, en los grupos estudiados.

Personalidad	GD	GG	GM	GE	F	p<
Esquizoide	71.18 (6.22)	77.26 (2.06)	75.34 (3.28)	76.77 (3.76)	44.928	.001
Evitativa	75.68 (2.39)	72.11 (6.99)	69.53 (5.54)	71.62 (4.33)	25.077	.001
Dependiente	42.02 (5.76)	38.71 (4.71)	34.64 (4.00)	35.11 (4.05)	54.126	.001
Histriónica	31.34 (5.09)	37.35 (5.74)	35.24 (5.02)	37.09 (5.39)	27.187	.001
Narcisista	51.17 (5.10)	57.19 (4.21)	55.07 (8.78)	56.16 (9.00)	13.719	.001
Antisocial	50.87 (3.78)	55.99 (6.72)	54.89 (8.95)	55.74 (8.88)	10.387	.001
Compulsiva	26.38 (3.41)	20.92 (2.99)	19.83 (1.63)	20.49 (2.32)	127.442	.001
Negativista	65.36 (6.47)	71.80 (4.44)	70.25 (4.63)	70.73 (4.74)	30.996	.001
Límite	70.17 (3.93)	73.45 (2.56)	75.50 (1.29)	74.38 (2.89)	65.776	.001

Nota. GD: Grupo clínico depresivo; GG: Grupo general; GM: Grupo médico; GE: Grupo de enfermería

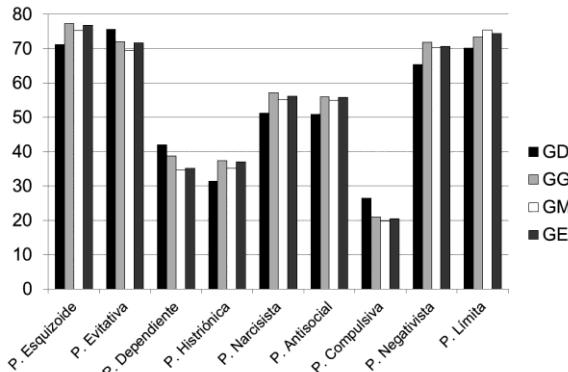


Figura 1. Valores medios de la percepción de la personalidad implícita de las personas depresivas, según las escalas de personalidad, en los grupos estudiados (GD: grupo clínico depresivo; GG: grupo general; GM: grupo médico; GE: grupo de enfermería)

Finalmente, para constatar la existencia de diferencias significativas entre la autoevaluación y la heteroevaluación de la personalidad de los pacientes depresivos, se llevo a cabo otro ANOVA tan sólo con las respuestas de los pacientes depresivos. Las diferencias fueron significativas en todas las escalas (Tabla 5).

La Figura 2 nos muestra las diferencias encontradas entre la autoevaluación y la heteroevaluación de los pacientes

depresivos según las escalas de personalidad del IA-TP. Los pacientes depresivos se perciben a sí mismos significativamente (d' Cohen es moderada o alta) más *esquizoides*, *dependientes*, *histriónicos*, *narcisistas*, *antisociales*, *negativistas* (*pasivo-agresivos*) y *límites* que a las personas depresivas en general. En cambio, los pacientes depresivos se aprecian a sí mismos significativamente (d' Cohen es moderada o alta) menos *evitativos* y *obsesivo-compulsivos* que a las personas depresivas en general.

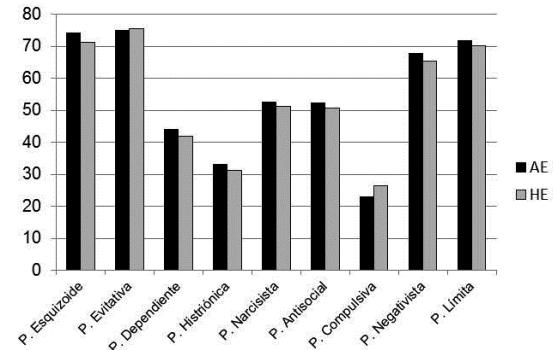


Figura 2. Valores medios de la autoevaluación (AE) y la heteroevaluación (HE) de los pacientes depresivos según las escalas de personalidad.

Tabla 5. Comparación entre la autoevaluación (AD) y la heteroevaluación (HD) de los pacientes depresivos según las escalas de personalidad.

Personalidad	AD	HD	D	F	p
				M(DT)	
Esquizoide	74.11 (2.34)	71.18 (6.19)	0.75	19.420	.001
Evitativa	74.95 (2.58)	75.68 (2.38)	0.30	4.308	.039
Dependiente	44.08 (4.25)	42.02 (5.73)	0.64	8.287	.004
Histriónica	33.10 (4.19)	31.34 (5.06)	0.47	7.123	.008
Narcisista	52.62 (4.50)	51.17 (5.07)	0.36	4.545	.034
Antisocial	52.25 (2.91)	50.87 (3.76)	0.48	8.357	.004
Compulsiva	23.12 (4.79)	26.38 (3.39)	0.93	43.175	.001
Negativista	67.78 (4.41)	65.36 (6.44)	0.58	9.545	.002
Límite	71.86 (2.82)	70.17 (3.91)	0.61	12.187	.001

AD: Autoevaluación pacientes depresivos; HD: Heteroevaluación pacientes depresivos; D: d' Cohen

Discusión

Un primer objetivo de este estudio era la evaluación de la percepción de la personalidad implícita de los pacientes con depresión en los cuatro grupos estudiados (población general, médicos, diplomados en enfermería y pacientes diagnosticados de esta patología). Tal como se hipotetizó, hemos constatado diferencias en la teoría implícita de las personas depresivas que muestran los distintos grupos. Como se esperaba, los pacientes depresivos son quienes muestran una percepción más positiva de la persona depresiva en general.

A partir de los datos de la Tabla 3 puede establecerse la *red semántica* (Vernon, 1964; 1973) de la depresión para cada uno de los grupos estudiados, considerando que dicha red está constituida por aquellos adjetivos que han sido más relacionados con la sintomatología depresiva. Así, 4 adjetivos han sido utilizados únicamente por el grupo clínico depresivo (*auxiliador, complaciente, ordenado* y *rechazado*); 4 adjetivos han sido usados solamente por el grupo general (*desagradable, incómodo, molesto* y *antipático*); 3 adjetivos han sido empleados exclusivamente por el grupo médico (*cándido, confiado* y *preciso*); 2 adjetivos han sido señalados sólo por el grupo de enfermería (*organizado* y *educado*). Cabe destacar que el grupo clínico depresivo, el grupo médico y el grupo de enfermería utilizan adjetivos con significado positivo y negativo para describir la personalidad de los pacientes con depresión, en contraste con el grupo general que sólo emplea adjetivos despectivos. Los grupos médico y de enfermería se diferencian del resto de grupos en que escogen con más frecuencia el adjetivo *perfeccionista* para describir a la persona depresiva. Esta apreciación de los grupos formados por profesionales de la salud está en consonancia con el *esquema de autonomía* propuesto por Beck (1983), en el cual se distingue a la persona depresiva por sus elevadas exigencias perfeccionistas. Por otra parte, el porcentaje de participantes del grupo clínico que considera a la persona depresiva *pesimista* es mucho menor que el porcentaje de participantes del resto de grupos que escogen este adjetivo. Estos resultados apoyan la afirmación de Millon y Davis (2001), quienes indican que los pacientes depresivos no se consideran pesimistas sino realistas, ya que para ellos son el resto de los ciudadanos quienes construyen un mundo ilusorio para poder soportar las penalidades de la vida real.

Al comparar los resultados en las diferentes escalas del IA-TP, se observan de nuevo diferencias entre los grupos. El estereotipo de la persona deprimida mostrado por el grupo clínico depresivo presenta la mayor diferencia con el resto de grupos en la escala *respetuosa u obsesiva-compulsiva*, a partir de los adjetivos *auxiliador, complaciente, ordenado* y *rechazado*. Este grupo, además, considera a la persona deprimida como más *dependiente* y *evitativa* que como la considera el resto de grupos evaluados. Parece, pues, que el grupo clínico depresivo percibe a las personas depresivas más positivamente que como son consideradas por los otros grupos.

Tal como se hipotetizó, también se encuentran diferencias entre la teoría explícita y la teoría implícita de la perso-

nalidad de los pacientes con trastornos depresivos en el grupo clínico (Figura 2). Así, los pacientes del grupo clínico se perciben a sí mismos más negativamente en su autoevaluación que como ven a las personas depresivas en su heteroevaluación. Estos resultados podrían deberse a un intento por parte de los pacientes evaluados de mostrar que se sienten mucho peor que las personas con trastornos depresivos en general. Podría tratarse de un intento de pedir ayuda.

Los resultados obtenidos en este estudio están en la línea con los presentados por García-Solano (2001), quien afirma que tanto la población general como los profesionales de la salud muestran actitudes negativas hacia las personas deprimidas. La percepción de estas actitudes por parte de la población clínica que padece trastornos depresivos puede dar lugar a un empeoramiento de su estado y calidad de vida (Alonso et al., 2009; Hayward et al., 2002; Perlick et al., 2001; Pyen et al., 2004; Sirey et al., 2001) e incrementar su resistencia a buscar ayuda profesional (Barney et al., 2006; Schorems et al., 2009).

Dadas las potenciales implicaciones de las teorías implícitas de la personalidad que diferentes grupos de población muestran en relación a las personas con trastornos depresivos, se revela necesario el desarrollo de programas de intervención para ajustar las mencionadas percepciones. Las teorías implícitas de la personalidad y los estereotipos acerca de los pacientes con depresión deberían ser identificados y tenidos en cuenta durante el tratamiento. Para ello sería necesario desarrollar y utilizar instrumentos adecuados como el IA-TP, para evaluar la presencia de dichas actitudes prejuiciosas. A pesar de que sólo el grupo general muestra claros prejuicios en su percepción de las personas depresivas, manifestados especialmente por adjetivos como *desagradable, incómodo, molesto* y *antipático*, las diferencias entre los estereotipos clínico, médico y de enfermería ponen de manifiesto errores y actitudes ajenas al perfil de personalidad de las personas deprimidas que deberían conocerse, aun no habiendo indicios de estigmatización.

Al considerar los resultados presentados en este trabajo, es necesario tener en cuenta que el estudio de las teorías implícitas de la personalidad tiene que ver con la significación cultural de las palabras que utilizamos para describir a las personas y que esta significación varía de una a otra cultura e incluso de uno a otro grupo humano en una misma cultura, como hemos visto. Así mismo, también varía por los cambios debidos a diferentes valores y estilos de vida que se suceden en el tiempo.

Nuestro trabajo nos induce a pensar que deberían evaluarse periódicamente las teorías implícitas en cada grupo humano significativo para los pacientes y de esta forma evitar en lo posible el desarrollo de estigmas que interfiriesen en el apoyo social de estos pacientes. Cómo divulgar la información pertinente para tratar las personas diagnosticadas de depresión constituye sin duda un reto para la futura investigación de la intervención psicológica de los pacientes depresivos.

Algunas limitaciones que deberían mejorarse en futuros estudios y que el actual trabajo nos ha permitido concretar son: en primer lugar, diferenciar, entre los profesionales sanitarios, los especialistas en psiquiatría y, en la población general, los familiares de personas depresivas. En segundo lugar, evaluar la personalidad de toda la muestra, ya que como hemos visto el tipo de personalidad del individuo puede in-

fluir en la consideración que tenga de las personas con depresión. Por tanto, debemos identificar aquellas personas de la población, no diagnosticadas clínicamente, que tienen una mayor vulnerabilidad a la depresión. Por último este modelo de trabajo debería aplicarse a poblaciones clínicas más específicas, es decir, a subtipos de depresión.

Referencias

- Alonso, J., Buron, A., Rojas, S., de Graaf, R., Haro, J.M., de Girolamo, G., Bruffaerts, R., Kovess, V., Matschinger, K. y Vilagut, G. (2009). Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders*, 118(1), 180-186.
- Aromaa, E., Tolvanem, A., Tuulari, J., y Wahlbeck, K. (2011). Personal stigma and use of mental health services among people with depression in a general population in Finland. *BMC Psychiatry*, 11(52). Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/52>
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A.F. y Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help seeking intentions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 51-54.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. En Clayton, P. y Barret, J. (Eds.), *Treatment of depression* (pp. 265-290). New York: Raven Press.
- Berenzon Gorn, S., Tiburcio Sainz, M. y Medina Mora Icaza, M. E. (2005). Variables demográficas asociadas con la depresión: diferencias entre hombres y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos. *Salud Mental*, 28(6), 33-40.
- Cova Solar, F. (2005). Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en la presencia de trastornos depresivos. *Terapia Psicológica*, 23(1), 49-57.
- Czernik, G., Almirón, L., Cuenca, E. y Mazzaro, B. (2005). Ansiedad y depresión en un barrio céntrico de la ciudad de Reconquista, Santa Fe. *Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 12(46).
- Freidl, M., Piralic Spitzl, S. y Aigner, M. (2008). How depressive symptoms correlate with stigma perception of mental illness. *International Review of Psychiatry*, 20(6), 510-514.
- García Galindo, J. T. (2011). *Constructos mentales en la percepción de las personas depresivas y de las personas ansiosas*. (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona.
- García-Solano, F. (2001). Midiendo la prevalencia de la depresión. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36(3), 127-130.
- Gaviria Arbeláez, S. L. (2009). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? *Revista colombiana de psiquiatría*, 38(2), 316-324.
- Hayward, P., Wong, G., Bright, J. A. y Lam, D. (2002). Stigma and self-esteem in manic depression: an exploratory study. *Journal of Affective Disorders*, 69, 61-67.
- Jáuregui Lobera, I., Rivas Fernández, M., Montaña González, M. T., y Morales Millán, M. T. (2008). Influencia de los estereotipos en la percepción de la obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 23(4), 319-325.
- López Ibor, J. L. (2002). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Matud, M. P., Díaz, F., Aguilera, L., Rodríguez, M. V. y Matud, M. J. (2003). Diferencias de género en ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes universitarios. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 3(1), 5-15.
- Matud, M. P., Guerrero, K. y G. Matías, R. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 7-21.
- Millon, T. (1983). *Modern Psychopathology*. Prospect Height, IL: Waveland Press.
- Millon, T. y Davis R. D. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. y Davis, R. D. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Ng, T.P., Jin, A.Z., Ho, R., Chua, H.C., Fones, C.S. y Lim, L. (2008). Health beliefs and help seeking for depressive and anxiety disorders among urban Singaporean adults. *Psychiatric Services*, 1,105-108.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Sirey, J. A., Salahi, J., Struening, E. L. y Link, B. G. (2001). Stigma as a barrier to recovery: adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services*, 52 (12), 1627-1632.
- Pyne, J. M., Kuc, E. J., Schroeder, P.J., Fortney, J. C., Edlund, M. y Sullivan, G. (2004). Relationship between perceived stigma and depression severity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(4), 278-283.
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Raue, P. y Friedman, S. J. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 479-481.
- Schomerus, G., Matschinger, H. y Angermeyer, M. C. (2009). The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259, 298-306.
- Rogge, M. M., Greenwald, M. y Golden, A. (2004). Obesity, stigma and civilized oppression. *Advances in Nursing Science Emotional and Mental Health*, 27(4), 301-315.
- Tous, J. M., Pont, N. y Muñoz, R. (2005). *LA-TP. Inventario de Adjetivos para la evaluación de los Trastornos de Personalidad*. Madrid: TEA.
- Vernon, P. E. (1964). *Personality assessment*. London: Methuen.
- Vernon, P. E. (1973). Multivariate approaches to the study of cognitive styles. In Royce, J.R. (Editor), *Multivariate analysis and psychological theory*. London: Academic Press.

(Artículo recibido: 13-10-2011, revisado: 10-10-2012, aceptado: 11-10-2012)