

PREDICTORES COGNITIVOS DE PERSONALIDAD Y EL ESTRÉS PARA SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES QUE INGRESAN A LA UNIVERSIDAD

Cognitive Predictors of Personality and Stress for Symptoms of Depression and Anxiety in Students Entering College

NORA HELENA LONDOÑO ARREDONDO¹, JORGE PALACIO SAÑUDO²,
ESTHER CALVETE ZUMALDE³, FERNANDO JUÁREZ ACOSTA⁴,
DANIEL CAMILO AGUIRRE ACEVEDO⁵

<https://doi.org/10.17533/udea.rp.v12n2a01>

Resumen

El propósito del estudio fue investigar el modelo de vulnerabilidad-estrés aplicado a la prevención de la depresión y la ansiedad en estudiantes de primeros semestres de educación superior a través de un estudio longitudinal. Participaron 356 estudiantes de dos universidades ubicadas en dos regiones diferentes de Colombia: Medellín y Barranquilla. Se evaluaron los síntomas de depresión y ansiedad al inicio y *ad portas* de finalizar el semestre académico, y se analizó la dependencia predictiva de las variables cognitivas (esquemas mala-

daptativos y creencias de trastornos de personalidad), y el estrés, respecto a la variabilidad de los síntomas. **Resultados y discusión:** se validaron las hipótesis predictivas de las variables cognitivas para los síntomas de depresión y ansiedad. El autocontrol insuficiente y el aislamiento social fueron los esquemas maladaptativos que mejor poder de predicción tuvieron para los síntomas de depresión, y los esquemas de vulnerabilidad, subyugación, privación emocional, defectuosidad y, de manera negativa, aislamiento, para los síntomas

Recibido: 2020-07-19 /Aceptado: 2020-10-16

Para citar este artículo en APA: Londoño Arredondo, N., Palacio Sañudo, J., Calvete Zumalde, F., Juárez Acosta, F., y Aguirre Acevedo, D. (2020). Predictores cognitivos de personalidad y el estrés para síntomas de depresión y ansiedad en estudiantes que ingresan a la universidad. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 12(2), e342490. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rp.v12n2a01>

¹ Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia. Correo: nora.londono@usbmed.edu.co; <http://orcid.org/0000-0001-6116-1955>

² Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia; <http://orcid.org/0000-0001-6971-7067>

³ Universidad de Deusto, Bilbao, España; <http://orcid.org/0000-0002-6928-9557>

⁴ Universidad del Rosario, Colombia; <https://orcid.org/0000-0002-5986-7229>

⁵ Universidad de Antioquia, Colombia; <https://orcid.org/0000-0002-8195-8821>

de ansiedad. Las creencias de los trastornos de la personalidad por dependencia e histriónico tuvieron un alto nivel de predicción tanto para los síntomas de depresión como para los de ansiedad. Adicionalmente, las creencias del trastorno de la personalidad esquizoide tuvieron poder de predicción para los síntomas de

depresión, y las creencias de la personalidad límite para los síntomas de ansiedad.

Palabras clave: depresión, ansiedad, estrés, esquemas maladaptativos, trastornos de la personalidad.

Abstract

The purpose of the study was to investigate the vulnerability-stress model applied to the prevention of depression and anxiety in students in the first semesters of higher education through a longitudinal study. 356 students from two universities located in different regions of Colombia participated: Medellín and Barranquilla. Symptoms of depression and anxiety were evaluated at the beginning and at the end of the semester and were analyzed the predictive dependence of cognitive variables (maladaptive schemes and beliefs of personality disorders), and stress, in the variability of symptoms. **Results and discussion:** the predictive hypotheses of the cognitive variables for the symptoms of depression and anxiety were validated. Insuffi-

cient self-control and social isolation were the maladaptive schemes that had the best predictive power for the symptoms of depression, and the schemes of vulnerability, subjugation, emotional deprivation, defectiveness, and negatively isolation, for anxiety symptoms. Dependence and histrionic personality disorder beliefs had a high level of prediction for both depression and anxiety symptoms. Additionally, schizoid personality disorder beliefs had predictive power for depression symptoms, and borderline personality beliefs for anxiety symptoms.

Keywords: depression, anxiety, stress, maladaptive schemas, personality disorders.

Introducción

En este artículo se precisan los síntomas de depresión y ansiedad en estudiantes que ingresan a la universidad, evaluados en dos momentos: al inicio y al final del primer nivel académico. Se buscó identificar si variables como el estrés y la personalidad se asocian con el incremento de los síntomas en el transcurso del semestre.

La identificación de signos y síntomas en los trastornos mentales busca abordar de manera objetiva los fenómenos que integran los datos clínicos dentro de un esquema de síndromes coherentes. Los síntomas de depresión y ansiedad hacen referencia a estados disfóricos asociados con la percepción de amenaza y pérdida que acontecen en la vida cotidiana (González, 2018).

La depresión se define como un grupo heterogéneo de trastornos afectivos. Se caracterizan por el estado de ánimo deprimido, desmotivación y pérdida del interés, alteraciones del sueño y la alimentación, posible ideación suicida y a menudo síntomas de ansiedad y somáticos (Palacio, 2018). La ansiedad se define como una respuesta normal y adaptativa del organismo ante acontecimientos estresantes, pero cuando esta respuesta se torna más excesiva, dura más tiempo y genera disfuncionalidad, se hablaría de trastorno de ansiedad (Arrieta y Agudelo, 2018).

El estrés debe comprenderse como necesario para favorecer los procesos de adaptación y supervivencia. El exceso de estrés puede generar síntomas de depresión, ansiedad —en cuanto trastorno—, irritabilidad y adicciones. Las condiciones de estrés pueden generar una percepción de amenaza (estrés percibido) o síntomas físicos (estrés físico), y se presentan cuando las circunstancias superan la capacidad de adaptación del individuo (matoneo, muerte de un ser querido; agentes físicos, agentes químicos; malos hábitos como el tabaquismo, infecciones crónicas, etc.) (Jaramillo, 2020).

De acuerdo con el informe sobre años de vida ajustados según discapacidad (AVAD), en 1990 se estimó que los trastornos mentales y neurológicos eran responsables del 10% de las discapacidades; en el 2000 ese porcentaje había aumentado al 12%, y se calculó que llegaría hasta el 15% en 2020 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001). Los trastornos mentales no tratados cobran un alto precio, representando el 13% del total de la carga de morbilidad mundial (OMS, 2011). La depresión afecta aproximadamente al 7.1% de la población de adultos, siendo mayor en mujeres (8.7%) en comparación con los hombres (5.3%), con un porcentaje más alto en el grupo de edad de 18 a 25 años (13.1%) (National Institute of Mental Health [NIMH], 2017); por su parte, la ansiedad afecta entre el 3% y 5% de la población general a lo largo de la vida (datos que no fueron reportados en el DSM-5) (American Psychiatric Association [APA], 2000), alcanzando un riesgo de hasta 3 veces más en mujeres que en hombres (APA, 2013).

Como factores de estrés asociados a la prevalencia, aparición y evolución de los trastornos mentales y conductuales — la depresión y la ansiedad los de mayor prevalencia—, se identifica la exposición a situaciones de emergencia,

la afectación por conflictos, la falta de hogar, la reclusión en prisiones y la pobreza. Las enfermedades mentales graves están asociadas con las tasas más altas de desempleo (hasta un 90%), lo que limita el desarrollo económico de las personas que las padecen, así como acogerse a redes sociales y gozar de un reconocimiento social en la comunidad (OMS, 2011). Estudios previos demuestran como factores de riesgo asociados con la depresión y la ansiedad, la edad, el género, la etnia, la ubicación geográfica, el estatus socioeconómico, el grado escolar y el rol de cuidadores (Conroy, Marks, Schacht, Davies y Moran, 2010); así mismo, condiciones médicas como la esclerosis múltiple (Karimi, Andayeshgar y Khatony, 2020), la diabetes mellitus (Woon et al., 2020), mujeres en posparto con altas condiciones de estrés (Rabiepoor, Vatankhah-Alamdary y Khalkhali, 2019) y el cáncer (Civilotti, Acquadro-Maran, Santagata, Varetto y Stanizzo, 2020; Yang, Yang, Wu, Yang, Wang y Wang, 2013).

En el estudio realizado por Ali, Mohammad, Hussain, Zaind y Allem (2020), con 678 participantes durante la pandemia del COVID, se aplicó el cuestionario en línea DASS-21. El 51% de la muestra reportó ansiedad, 57% signos de estrés, y 59% de depresión. Una edad entre 18 y 24 años, ser mujer y no tener relación marital fueron condiciones representativas para depresión, ansiedad y estrés.

En el estudio realizado por Amir, Nik, Lekhraj y Dahlui (2019) en Malasia, con 1631 participantes entre 18 a 25 años y del primer año de universidad, se aplicó la misma escala de depresión, ansiedad y estrés, DASS -21, en su versión impresa. La prevalencia hallada para depresión fue del 21%; ansiedad, 50%; y estrés, 12%. La historia de problemas de salud de los participantes se asoció con ansiedad, y no vivir con un miembro de la familia aumentó el factor de riesgo para la depresión, la ansiedad y el estrés.

La herencia y la personalidad juegan un papel protagónico al momento de analizar los factores de vulnerabilidad para los trastornos mentales (Millón y Davis, 2000; Palacio, 2018). Algunos estudios relacionan el aumento de la complejidad de la depresión con trastornos de la personalidad por evitación, personalidad obsesivo-compulsiva, por dependencia y límite (Conroy et al., 2010; Veluri y Nguyen, 2018). Las teorías de vulnerabilidad-estrés han

identificado un continuo vulnerabilidad-resiliencia, donde en un extremo estarían las personas con mayor carga de factores de riesgo, es decir, con mayor vulnerabilidad, y en el otro extremo, las personas con mayor carga de factores protectores, es decir, con mayor resiliencia (Ingram y Price, 2010). Este modelo ha mostrado una relación directa entre niveles elevados de vulnerabilidad y severidad en trastornos psicopatológicos frente a la presencia de un evento estresor significativo para la persona. Si la carga del estresor es elevada y relevante para una persona, y los niveles de vulnerabilidad (biológica o psicológica) son altos, existiría una mayor posibilidad que se desencadene un trastorno psicopatológico severo. Por otro lado, como consecuencia, podría estimarse que a mayor grado de resiliencia frente a estos estresores, es menor la probabilidad de que se presente un trastorno severo, y en caso tal de presentarse un desajuste emocional, este sería leve (Calvete, 2008; Ingram y Price, 2010).

La personalidad es considerada como el fundamento de la capacidad del individuo para funcionar de una forma mentalmente sana o enferma (Millon y Davis, 2000; Millon y Klerman, 2009). Cuando un individuo dispone de la capacidad para adaptarse a su entorno de una manera flexible y sus percepciones y comportamientos típicos incrementan su satisfacción personal, este es considerado normal o saludable. Por el contrario, cuando el afrontamiento se realiza de una forma inflexible o de manera no adaptativa, o las percepciones y conductas del individuo producen un incremento del malestar personal, limitando las oportunidades de aprender y crecer, se expresa, entonces, un patrón patológico o desadaptativo (Beck, Davis y Freeman, 2015; Young y Brown, 2001).

Los trastornos de la personalidad desempeñan un papel contextual en el sistema multiaxial de las clasificaciones de los diagnósticos psicopatológicos. De esta manera, estos trastornos han sido valorados como factores de vulnerabilidad para las demás psicopatologías (Voncina et al., 2018), mientras que las personalidades saludables, como factores de protección, dado que favorecen procesos de adaptación y facilitan estrategias adecuadas para la solución de problemas (Oh, Kim, Yoon, Lee, Lee y Kang, 2019).

Los esquemas maladaptativos tempranos, desarrollados en el modelo de terapia de esquemas (Young, Klosko y Weishaar, 2003), se vinculan

fuertemente a los trastornos de la personalidad. Estos esquemas se han descrito como patrones amplios y profundos que incluyen recuerdos, emociones, cogniciones y sensaciones corporales, y se consideran muy relevantes para los problemas de ansiedad y depresión (Calvete, Orue y Hankin, 2013). Algunos esquemas dentro del modelo son (Young et al., 2003):

- a) Privación emocional: creencia de que el grado normal de apoyo emocional no será adecuadamente satisfecho.
- b) Abandono: creencia de que los otros significativos tarde o temprano nos dejarán.
- c) Desconfianza/maltrato: creencia de que los otros nos harán víctima de sus abusos, humillaciones, engaños o mentiras.
- d) Defectuosa: sentimiento de ser defectuoso, indeseado, inferior.
- e) Aislamiento social: sentimiento de estar aislado del resto del mundo, ser diferente de los demás o no hacer parte de ningún grupo.
- f) Fracaso: creencia de que uno ha fracasado o fracasará inevitablemente.
- g) Dependencia/incompetencia: creer que uno es incapaz de enfrentar las responsabilidades sin una cantidad considerable de ayuda externa.
- h) Vulnerabilidad al daño: creencia de que en cualquier momento puede pasar algo malo y no se es incapaz de impedirlo.
- i) Apego: excesiva implicación y cercanía emocional con otros significativos (con frecuencia los padres).
- j) Subyugación: sujeción excesiva al control de los demás, porque uno se siente obligado, generalmente para evitar reacciones de ira, retaliación o abandono.
- k) Autosacrificio: concentración excesiva y voluntaria en la satisfacción de las necesidades de los demás.
- l) Inhibición emocional: inhibición excesiva de acciones y sentimientos generalmente para evitar la desaprobación de los demás.

- m) Estándares inflexibles: actitud hipercrítica hacia uno mismo y hacia los demás.
- n) Derecho/grandiosidad: creencia de que uno es superior a los demás, de que tiene derechos y privilegios especiales.
- o) Insuficiente autocontrol: énfasis exagerado en la evitación de la incomodidad, el dolor, el conflicto, la confrontación, la responsabilidad o el esfuerzo excesivo.

Con relación a las creencias asociadas a los trastornos de la personalidad, las centradas en la autonomía, aislamiento y desapego forman parte del trastorno esquizoide de la personalidad; creencias de ser diferente y raro son centrales en el trastorno de la personalidad esquizotípico, y creencias sobrevaloradas y generalizadas sobre la desconfianza y la necesidad de cautela corresponden al trastorno paranoide de la personalidad. Por su parte, creencias que favorecen el abuso, la explotación a otras personas y los actos delictivos representan el trastorno antisocial de la personalidad; creencias sobrevaloradas de sí mismo, grandiosidad y competitividad corresponden al trastorno narcisista de la personalidad; creencias donde se da especial importancia a llamar la atención, atraer e impresionar a los demás representan al trastorno histriónico de la personalidad; y creencias relacionadas con la inestabilidad afectiva y el comportamiento impulsivo son centrales en el trastorno límite de la personalidad. Por último, las creencias relacionadas con evitación y temor de ser herido, rechazado y fracasar corresponden al trastorno de la personalidad por evitación; creencias respecto a que es necesaria la ayuda y cercanía de otras personas para resolver los problemas cotidianos corresponden al trastorno de la personalidad por dependencia; creencias de autoexigencia, necesidad de control, perfección y cumplimiento de los “deberías” corresponden al trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva; y creencias ambivalentes de resistencia y dependencia de la autoridad están representadas en la personalidad pasivo-agresiva (Beck et al., 2015).

Considerado lo anterior, basados en la teoría de vulnerabilidad-estrés, esta investigación pretendió, a través de un estudio longitudinal, validar el modelo para los síntomas de depresión y ansiedad en las condiciones de estrés que

enfrentan los estudiantes universitarios en su primer año, teniendo presente la necesidad que estos tienen de generar estrategias para adaptarse a las nuevas condiciones de la vida universitaria, y reconociendo, además, que son un grupo etario de riesgo para la depresión y la ansiedad (NIMH, 2017). Se consideraron como variables de vulnerabilidad cognitiva los esquemas maladaptativos y las creencias vinculadas a los trastornos de la personalidad.

Método

Diseño

Este estudio es longitudinal de cohorte. El primer semestre de universidad se consideró una situación de interés para analizar los procesos de adaptación y respuesta al estrés, dado que en él se presenta la exposición a algunos factores de riesgo para la aparición de conductas psicopatológicas. La depresión y la ansiedad fueron consideradas como respuestas emocionales inadecuadas para responder ante los estresores; emociones que repercuten directamente en el rendimiento académico y en la interacción social (Camara y Calvete, 2010). Como factores de vulnerabilidad se consideraron las variables cognitivas de la personalidad (esquemas maladaptativos tempranos y creencias de los trastornos de personalidad), y como variables precipitantes, los estresores.

Participantes

La investigación se realizó con una muestra de estudiantes de educación superior del primer semestre académico de dos universidades privadas de Colombia: de la región caribe, en la ciudad de Barranquilla; y de la región andina, en la ciudad de Medellín. Como criterios de inclusión se contó con que los participantes fueran estudiantes universitarios y tuvieran más de 18 años. Participaron en el *Tiempo 1* (τ_1 , inicio del semestre) 630 estudiantes (42.9% hombres y 56.8% mujeres), y en el *Tiempo 2* (τ_2 , finalización del semestre), 356 (37.6% hombres y 62.4% mujeres). Se perdió el 43.5% de participantes entre τ_1 y τ_2 . La edad media de los participantes fue de 18.83 años ($DT = 3.8$).

Tabla 1

Descriptivos de las variables sociodemográficas discriminadas por momentos de participación en el estudio

	Estudio longitudinal						Total	
	Solo T1		Sólo T2		En T1 y T2		Total	
	n = 110 (17.5%)		n = 164 (26%)		n = 356 (56.5%)		N = 630	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sexo								
Hombre	57	51.8	79	48.2	134	37.6	270	42.9
Mujer	52	47.3	84	51.2	222	62.4	358	56.8
Ciudad								
Barranquilla	22	20	1	0.6	115	32.3	138	21.9
Medellín	88	80	163	99.4	241	67.7	492	78.1
Estado civil								
Soltero	103	93.6	144	87.8	343	96.3	343	96.3
Casado	6	5.5	15	9.1	9	2.5	30	4.8
Separado	-	-	2	1.2	2	0.6	4	0.6
Estrato								
Alto	19	17.3	15	9.1	45	12.6	79	12.5
Medio	67	60.9	105	64	220	61.8	392	62.2
Bajo	18	16.4	38	23.2	87	24.4	143	22.7

Nota. F = frecuencia.

Instrumentos

- Encuesta sociodemográfica: caracterización sociodemográfica construida por los investigadores sobre las variables de edad, género, estado civil, estrato socioeconómico, nivel académico y lugar de residencia.
- Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos —*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)*— (Radloff, 1977; Radloff y Locke, 1986): evalúa la sintomatología depresiva a nivel poblacional. El cuestionario consta de 20 ítems. La persona responde cada ítem en función de la frecuencia en que lo ha experimentado en el último mes, según una escala que va de 0 (raramente o nunca) a 3 (la mayor parte del tiempo). En la presente investigación se reportó un Alfa de Cronbach de .85 en T1 y de .89 en T2 (correlación de Pearson = .53, $p = .000$).

- Cuestionario de síntomas-90 revisado —*Symptom Check List 90* (SCL-90r)— (Derogatis, 1983; 2002): evalúa síntomas de somatización, obsesivo-compulsivos, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad generalizada, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Para el presente estudio se consideraron solo las escalas de ansiedad generalizada (compuesta por los ítems del 1 al 10) y ansiedad fóbica (compuesta por los ítems del 11 al 17). Las opciones de respuesta son tipo Likert, de 0 a 4 (0 = nada en absoluto; 1 = un poco; 2 = moderadamente; 3 = bastante; 4 = extremadamente).

En la presente investigación la escala de ansiedad generalizada reportó una medida de validez del coeficiente Alfa de Cronbach de .87 en T1 y .90 en T2 (correlación de Pearson = .63, $p = .000$); y para la escala de ansiedad fóbica, de .90 en T1 y .82 en T2 (correlación de Pearson = .60, $p = .000$).

- Cuestionario de esquemas maladaptativos tempranos-forma reducida —*Schema Questionnaire-Short Form* (SQ-SF)— (Young y Brown, 2001). Este cuestionario contiene 75 ítems y 15 componentes. Las opciones de respuesta son de tipo Likert; oscilan entre 1 (totalmente falso) y 6 (me describe perfectamente). Los esquemas identificados por Young son los siguientes: abandono, abuso, imperfección, aislamiento, dependencia, vulnerabilidad, apego, fracaso, grandiosidad, autocontrol insuficiente, autosacrificio, subyugación, inhibición y estándares inflexibles. Los coeficientes Alfa de Cronbach en la muestra del estudio en T1 fueron adecuados en su mayoría: .77, abandono; .77, abuso; .62, imperfección; .64, aislamiento; .603, dependencia; .7, vulnerabilidad; .51, apego; .78, fracaso; .63, grandiosidad; .64, autocontrol insuficiente; .71, autosacrificio; .54, subyugación; .75, inhibición; y .63; estándares inflexibles.
- Cuestionario de creencias de personalidad, forma corta —*Personality Belief Questionnaire-Short form* (PBQ-SF)— (Beck y Beck, 2001; Bhar, Beck y Butler, 2011). Cuestionario autoaplicado que consta de 65 preguntas, con opciones de respuesta entre cero y cuatro (0 = no lo describe para nada; 4 = lo creo totalmente). Se evalúan las creencias de los siguientes 10 trastornos de la personalidad: por evitación, por dependencia,

pasivo-agresivo, obsesivo-compulsivo, antisocial, narcisista, histriónico, esquizoide, paranoide, límite. Para el presente estudio, en τ_1 se reportaron coeficientes de confiabilidad adecuados para cada categoría evaluada: .84, paranoide; .7, esquizoide; .75, histriónico; .66, narcisista; .7, antisocial; .7, límite; .7, por evitación; .62, pasivo-agresivo; .74, obsesivo-compulsivo; .69, por dependencia.

- Acontecimientos estresantes (Connor-Smith y Calvete, 2004): evalúa acontecimientos vitales estresantes y el estrés social. Los participantes deben indicar si tales acontecimientos han sucedido en sus vidas recientemente (en los últimos seis meses); en caso afirmativo deben, además, evaluar en qué medida fueron estresantes o problemáticos, bajo una escala que va desde nada estresante (0) hasta muy estresante (3). Para este estudio, en la segunda evaluación (τ_2) se identificó un coeficiente Alfa de Cronbach de .78 para la escala de acontecimientos vitales, de .87 para acontecimientos interpersonales, y de .81 para el cuestionario integrado.

Procedimiento

En principio, se coordinó con las dependencias de Bienestar de las universidades seleccionadas. La realización de la primera medición fue en el programa de inducción universitaria de los estudiantes (τ_1 , inicio de semestre), y la segunda medición, finalizando el semestre académico, antes de exámenes finales (τ_2 , finalización de semestre). Se aplicaron en τ_1 los instrumentos de síntomas de depresión, ansiedad y estrés, junto con los cuestionarios de esquemas maladaptativos tempranos y creencias de trastornos de la personalidad; en τ_2 , nuevamente los instrumentos de evaluación de síntomas de depresión y ansiedad. Inicialmente, se presentó el estudio a los participantes y luego de firmar el consentimiento informado contestaron los cuestionarios. Cada actividad duró aproximadamente una hora.

Análisis estadísticos

Se utilizó la herramienta estadística SPSS, versión 20. Los análisis de regresión se realizaron con las variables clínicas como variables criterio, transformadas con

logaritmo de base decimal. Las variables de síntomas de depresión, ansiedad y estrés reportaron distribuciones no normales, por lo que los análisis comparativos se realizaron con pruebas no paramétricas. Con el fin de controlar el efecto de la comorbilidad de ambos trastornos (ansiedad y depresión), y teniendo en cuenta la alta comorbilidad que se presenta entre los síntomas de depresión y ansiedad (Palacio, 2018), se introdujo como otra de las variables predictoras el trastorno comorbil correspondiente; de esta manera, se logró analizar el efecto de la variable clínica como moderadora (la ansiedad para los modelos de depresión, y depresión para los modelos de ansiedad) (Calvete, 2008).

Resultados

La tabla 2 presenta los estadísticos descriptivos generales (tendencia central y varianza) de las variables de síntomas de depresión y ansiedad, en T1 y T2; la tabla 3, los descriptivos de la variable estrés. Las puntuaciones en T2 para la depresión presentaron un leve ascenso, con un puntaje superior en el percentil 75: $\tau_1 = 19,75$; $\tau_2 = 23$. En la ansiedad se reportaron valores muy similares en ambos tiempos.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos de los síntomas clínicos en 356 jóvenes universitarios del primer semestre, iniciando y finalizando el primer semestre académico

Síntomas clínicos	Media	Mediana	DT	Percentil 75
T1				
Depresión	15.54	15	7.70	19.75
Ansiedad generalizada	8.80	7	6.70	13.00
Ansiedad fóbica	3.10	2	3.60	5.00
T2				
Depresión	16.62	15	10.00	23.00
Ansiedad generalizada	8.38	6	7.50	12.00
Ansiedad fóbica	3.09	1	4.20	4.00

Nota. DT = desviación típica.

Tabla 3

Media de la variable estrés en estudiantes que inician su primer semestre académico

Acontecimientos estresantes	Media	DT
Número de acontecimientos vitales	6.01	2.98
Número de sucesos interpersonales	12.02	5.67
Número de sucesos totales	6.01	3.16

Nota. DT = desviación típica.

La tabla 4 muestra los análisis comparativos de las variables clínicas (síntomas de depresión, ansiedad generalizada y ansiedad fóbica) con relación al sexo. Se reportaron diferencias significativas, con puntuaciones superiores en las mujeres en los síntomas de ansiedad generalizada en T1 (U de Mann-Whitney = 12551.000, $p = .013$; mediana: hombres, 6; mujeres, 8) y ansiedad fóbica en T2 (U de Mann-Whitney = 12955.000, $p = .043$; mediana: hombres, 1; mujeres, 2).

Tabla 4

Comparativo de los síntomas de depresión, ansiedad generalizada y ansiedad fóbica entre hombres y mujeres en T1 y T2

Indicador	Hombres n = 134		Mujeres n = 222		U de Mann-Whitney	P	d
	Media/ mediana	DT	Media/ mediana	DT			
Tiempo 1							
Depresión	14.60/14	8.17	16.7/15	7.30	13048.500	.052	-.22
Ansiedad generalizada	8.19/6	7.57	9.18/8	6.10	12551.000*	.013	-.11
Ansiedad fóbica	2.88/1	3.70	3.23/2	3.50	13506.000	.139	-.15
Tiempo 2							
Depresión	15.90/13	11.15	17/16	9.20	13083.500	.057	-.20
Ansiedad generalizada	7.80/5	7.80	8.8/7	7.30	13779.500	.231	-.15
Ansiedad fóbica	3.00/1	4.30	3.2/2	4.10	12974.500*	.043	-.19

Nota. DT = desviación típica; *d* = efecto del tamaño de las muestras.

* $p < .05$

Los análisis de regresión identificaron como predictores de la depresión (Depresión T2, controlando el solapamiento de la ansiedad generalizada): los esquemas de autocontrol insuficiente y aislamiento social (tabla 5); los trastornos de la personalidad por dependencia, esquizoide e histriónico (tabla 6); y el estrés interpersonal (tabla 7).

Tabla 5

Análisis de regresión de esquemas maladaptativos y de la variable ansiedad generalizada, sobre depresión en T2

Modelo 3	Coefficiente estandarizado β	Intervalo de confianza (95%) (bajo-alto)		Durbin-Whatson	F	VIF
Ansiedad generalizada	.278**	.008	.017			1.235
Autocontrol insuficiente	.191**	.005	.020	1.571	36.949	1.507
Aislamiento	.151**	.003	.019			1.429

Nota. F = coeficiente Fisher; VIF = factor de inflación de la varianza.

* $p < .05 > .01$; ** $p \leq .01$; R = 490; R² ajustado = .234 ($p \leq .001$); media de los residuos = .000. Método de inclusión escalonada.

Tabla 6

Análisis de regresión de creencias de trastornos de la personalidad y de la variable ansiedad generalizada, sobre la depresión en T2

Modelo 5	Coefficiente β	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin-Whatson	F	VIF
Ansiedad generalizada	.515**	.567	.527			1.117
Por dependencia	.184**	.307	.159			2.109
Antisocial	-.259**	.116	-.227	1.701	43.228	1.994
Esquizoide	.124*	.201	.136			1.321
Histriónico	.134*	.295	.115			2.144

Nota. F = coeficiente Fisher; VIF = factor de inflación de la varianza.

* $p < .05 > .01$; ** $p \leq .01$; R = .618; R² ajustado = .374 ($p \leq .001$); media de los residuos = .000. Método de inclusión escalonada.

Tabla 7

Análisis de regresión del número de estresores y el estrés percibido para la Depresión T2

Modelo 2	Coefficiente β	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin-Whatson	F	VIF
Estrés interpersonal	.620**	.433	.662	1.538	53.949	2.262
Acontecimientos vitales	-.209**	.271	.425			2.262

Nota. F = coeficiente Fisher; VIF = factor de inflación de la varianza.

* $p < .05 > .01$; ** $p \leq .01$; R = .484; R² = .235; $p \leq .001$; media de los residuos = .000.

Método de inclusión escalonada.

Por otro lado, los análisis de regresión identificaron como predictores para la ansiedad generalizada (Ansiedad generalizada T2, controlando el solapamiento con la depresión): los esquemas de vulnerabilidad, subyugación, deprivación y, de manera negativa, aislamiento (tabla 8); el trastorno de la personalidad límite (tabla 9); y el estrés interpersonal y, de manera negativa, los sucesos vitales (tabla 10).

Tabla 8

Análisis de regresión de esquemas maladaptativos y de la variable depresión, sobre la ansiedad generalizada en T2

Modelo 5	Coefficiente β	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin-Whatson	F	VIF
Depresión	.512	.579	.827			1.191
Vulnerabilidad	.216	.009	.024			1.330
Subyugación	.135	.003	.026	1.779	50.049	1.608
Aislamiento	-.163	-.025	-.005			1.809
Deprivación	.142	.003	.022			1.658

Nota. F = coeficiente Fisher; VIF = factor de inflación de la varianza.

* $p < .05 > .01$; ** $p \leq .01$; R = .665; R² ajustada = .434; $p \leq .001$; media de los residuos = .000.

Método de inclusión escalonada.

Tabla 9

Análisis de regresión de creencias de trastornos de la personalidad y de la variable depresión, sobre la ansiedad generalizada en T2

Modelo 1	Coefficiente β	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin-Whatson	F	VIF
Depresión	.543**	.620	.871		94.518	1.170
Límite	.162**	.006	.023	1.766		

Nota. F = coeficiente Fisher; VIF = factor de inflación de la varianza.

* $p < .05 > .01$; ** $p \leq .01$; R = .611; R² ajustado = .369 ($p \leq .001$); media de los residuos = .000.

Método de inclusión escalonada.

Tabla 10

Análisis de regresión del número de estresores y el estrés percibido para la Ansiedad generalizada T2

Modelo 2	Coefficiente β	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin-Whatson	F	VIF
Estrés interpersonal	.623	.342	.546	1.757	51.035	2.206
Sucesos vitales	-.202	-.046	-.008			

Nota. F = coeficiente Fisher; VIF = factor de inflación de la varianza.

* $p < .05 > .01$; ** $p \leq .01$; R = .493; R² = .238; $p \leq .001$; media de los residuos = .000.

Método de inclusión escalonada.

Por último, como predictores de la ansiedad fóbica (Ansiedad fóbica T2, controlando el solapamiento con la ansiedad generalizada) se identificaron: los esquemas de vulnerabilidad, defectuosidad y, de manera negativa, de estándares inflexibles (tabla 11); el trastorno de la personalidad por dependencia (tabla 12); y el estrés interpersonal (tabla 13).

Tabla 11

Análisis de regresión de esquemas maladaptativos y de las variables depresión y ansiedad generalizada, sobre la ansiedad fóbica en T2

Modelo 4	Coefficiente β	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin-Whatson	F	VIF
Ansiedad generalizada	.387**	.320	.603			1.179
Vulnerabilidad	.261**	.010	.030	1.834	26.902	1.346
Defectuosiadad	.124**	.001	.028			1.128
Estándares inflexibles	-.123*	-.021	.000			1.119

Nota. F = coeficiente Fisher; VIF = factor de inflación de la varianza.

* $p < .05 > .01$; ** $p \leq .01$; R = .575; R² ajustada = .318 ($p \leq .001$); media de los residuos = .000.

Método de inclusión escalonada.

Tabla 12

Análisis de regresión de creencias de los trastornos de la personalidad y las variables depresión y ansiedad generalizada, sobre la ansiedad fóbica en T2

Modelo 1	Coefficiente β	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin-Whatson	F	VIF
Ansiedad generalizada	.513**	.020	.031			1.034
Por dependencia	.208**	.010	.030	1.855	59.760	1.034

Nota. F = coeficiente Fisher; VIF = factor de inflación de la varianza.

* $p < .05 > .01$; ** $p \leq .01$; R = .587; R² ajustada = .339 ($p \leq .001$); media de los residuos = .000.

Método de inclusión escalonada.

Tabla 13

Análisis de regresión del número de estresores y el estrés percibido para la Ansiedad fóbica T2

Modelo 2	Coefficiente β	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin-Whatson	F	VIF
Estrés interpersonal	.343	.167	.352	1.978	30.499	1.000

Nota. F = coeficiente Fisher; VIF = factor de inflación de la varianza.

* $p < .05 > .01$; ** $p \leq .01$; R = .343; R² = .114; $p \leq .001$; media de los residuos = .000.

Método de inclusión escalonada.

Discusión

El propósito de este estudio fue validar el modelo de vulnerabilidad-estrés para síntomas de depresión y ansiedad en estudiantes que ingresan a la universidad, a través de un diseño longitudinal. Como factores de vulnerabilidad se consideraron rasgos cognitivos de la personalidad como son los esquemas y las creencias. Las condiciones de estrés evaluadas fueron los acontecimientos vitales generales y los estresores interpersonales. Se consideró relevante estudiar los síntomas de depresión y ansiedad en los estudiantes que ingresan a la universidad, dadas las nuevas condiciones de vida que supone este nivel educativo, representadas en las diferentes demandas académicas, las expectativas familiares y sociales, la conformación de nuevos grupos sociales, e incluso, para algunos, el cambio de lugar de vivienda. Adicionalmente, como fue planteado, el rango de edad entre los 18 y 24 años, que es el prevalente en esta población, es considerado de riesgo para estos síntomas (Ali, Mohammad, Hussain, Zaind y Allem, 2020; NIMH, 2017).

Los resultados pueden ser analizados a la luz de los presupuestos teóricos de las teorías de la personalidad de Millon y Davis (2000) y los modelos cognitivos que proponen Clark y Beck (1997). Considerando el modelo de Millon y Davis, los predictores de personalidad (trastorno límite, histriónico y por dependencia) para la depresión y la ansiedad hacen parte del mismo patrón de dependencia. Es posible identificar en un *continuum* patrones adaptativos de cooperación y socialización que comienzan a ser disfuncionales cuando se reportan patrones de personalidad dependiente o histriónica. Los patrones patológicos de ambos tipos de personalidad representan la personalidad límite. Por otro lado, la personalidad esquizoide y la personalidad por evitación comparten otro patrón de conducta: desvinculación respecto a los demás. Ahora bien, a su vez estos patrones comprenden pautas adaptativas de autonomía e inhibición, respectivamente (Millon y Davis, 2000; Millon et al., 2009). De esta manera, podría considerarse, tomando por base los predictores de personalidad propuestos por Millon y Davis, que tanto el patrón dependiente como el de desvinculación predicen los síntomas de depresión y ansiedad, en este caso, de estudiantes universitarios.

Considerando el modelo de A. T. Beck, otro apoyo frente a la especificidad cognitiva se encuentra en los estilos cognitivos, para la depresión, de sociotropía y autonomía (Clark y Beck, 1997, DeRubeis, Keefe y Beck, 2019), los cuales, en el análisis aquí propuesto, se aplicarían de igual manera en la ansiedad. El estilo interpersonal sociotrópico se describe con esquemas de apego ansioso y estaría representado en la personalidad límite, dependiente e histriónica (patrón dependiente de Millon y Davis); por su parte, el estilo cognitivo de autonomía se caracteriza por una tendencia a la soledad e indiferencia hacia los demás (patrón de desvinculación de Millon y Davis) y estaría representado en la personalidad esquizoide y evitativa³. Caballo y Salazar (2014) también asociaron el trastorno de la personalidad esquizoide con la ansiedad social, pues este trastorno implica temor a ser el centro de atención y a ser evaluado negativamente; con lo que, de acuerdo con Barlow (2000, 2008), en conjunto con Ellard y Fairholme (2008), se genera una conducta impulsada por la emoción de evitación.

El trastorno límite de la personalidad, que se encontró predictivo para la ansiedad en este estudio, es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad. Sus asociaciones con la depresión y la ansiedad son una de las relaciones más citadas en la literatura (Yucens, Kuru, Safak, Karadere y Turkcapar, 2014). Así mismo, se ve frecuentemente asociado al desajuste escolar y laboral a trastornos del comportamiento y a dificultades en las relaciones interpersonales (Beck et al., 2015; Bellino et al.; 2005; Caballo y Salazar, 2014). Las personas que lo sufren suelen presentar síntomas atípicos como la hiperactividad emocional, y tienden a responder menos satisfactoriamente a las intervenciones, tanto en términos de actividad social como en los síntomas específicos de depresión (Gelenberg, Merriam y Wang, 2006). La conducta suicida igualmente muestra un riesgo elevado en el trastorno límite de la personalidad por su carácter de impulsividad, angustia y distimia, junto con el abuso de sustancias y el alcohol (Skodol et al., 1999).

El trastorno histriónico de la personalidad es un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención, que se caracteriza por estrategias infradesa-

³ El trastorno de personalidad por evitación es referido en otros estudios (Butler, Beck y Cohen, 2007; Yucens et al., 2014) y en los estudios de Beck et al. (2015).

rrolladas de reflexión, control y sistematización (Beck et al., 2015). También se asocia a tasas altas de trastornos de somatización, trastorno de conversión y trastorno depresivo mayor (Fernández del Río, Becoña y López, 2010). En lo que respecta al trastorno de la personalidad por dependencia, es un patrón de comportamiento sumiso con una excesiva necesidad de ser cuidado; asociado también con la depresión y la ansiedad (Yucens et al., 2014). En este caso, las estrategias infradesarrolladas son la autosuficiencia y la autonomía (Beck et al., 2015). Los rasgos de personalidad que representan alto nivel de sensibilidad y neuroticismo, como se ha dicho, son característicos en los trastornos de la personalidad límite e histriónico, han sido identificados como los de mejor poder de predicción para los trastornos psicopatológicos en general, y de manera específica para la ansiedad y la depresión (Alizadeh, Feizi, Rejali, Afsha y Hassanzadeh, 2018; Vujicic y Randelovic, 2017).

Si bien en el estudio de Butler et al. (2007) no se encontró asociación entre el trastorno de pánico y los trastornos de la personalidad, Crowley, Cross, March, Roth, Shehe y Wang (2006) lo consideran, en una proporción entre 40 y 50%, dentro de las enfermedades asociadas y otras manifestaciones clínicas que influyen en el tratamiento de estos últimos. Los trastornos de la personalidad que se observan con mayor frecuencia en personas con trastornos de angustia son los trastornos por evitación, obsesivo-compulsivo y dependiente, además de rasgos del trastorno límite (inestabilidad afectiva) y paranoide (hipersensibilidad respecto a las personas). En este estudio, la asociación entre la ansiedad fóbica con los trastornos de personalidad límite, histriónica y por dependencia fue significativa. Estos investigadores también asociaron la personalidad por dependencia, límite, histriónica, obsesivo-compulsiva y por evitación con la depresión (Cowley et al., 2006).

Con relación a los esquemas que mejor poder de predicción tienen para la depresión y la ansiedad, estos hacen parte de los dominios de desempeño, foco hacia el otro y límites inadecuados (Young y Klosko, 2001), los cuales afectan directamente la autoestima y la calidad de la relación con los demás. Desde los modelos de vulnerabilidad-estrés, los esquemas negativos con relación a uno mismo, los demás y el futuro están asociados con la depresión clínica (Clark y Beck, 1997; DeRubeis et al., 2019). De esta manera, el esquema de

fracaso y personalidad evitativa se relaciona con limitaciones cognitivas que comprometen la autoestima (Young y Klosko, 2001) y afectan el desempeño en tareas académicas y laborales; por su parte, el esquema de aislamiento social y personalidad esquizoide y por evitación representan limitaciones cognitivas y de personalidad frente a la integración al grupo; y el esquema de autocontrol insuficiente y personalidad límite pueden ser vistos como limitantes para el control emocional ante el estrés. Estos estilos representan estrategias que no facilitan la focalización en la solución de problemas y son representativos en la población joven, lo que dificulta el éxito de afrontamiento, tal como lo identificó el estudio de Oh et al. (2019).

El esquema de fracaso ha sido asociado con la depresión (Cámara y Calvete, 2010); de igual modo, otros estudios han relacionado los esquemas de autocontrol insuficiente con la depresión (Cámara y Calvete, 2010; Harris y Curtin, 2002; Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract y Jordan, 2002). Sin embargo, el esquema de aislamiento social no ha sido referido y se considera un esquema que puede obstaculizar la motivación hacia la integración a grupos (Beck et al., 2015; Millon et al., 2004).

En conclusión, si bien es imposible predecir con precisión los episodios depresivos y de ansiedad, los modelos estadísticos intentan señalar cuáles factores de riesgo y de protección se asocian a estos episodios. Los estilos cognitivos sociotrópicos, que exhiben patrones de dependencia (personalidad histriónica, por dependencia y límite), así como los estresores interpersonales, fueron predictores tanto para la depresión como para la ansiedad. Igualmente, los estilos cognitivos de autonomía, que exhiben patrones de desvinculación social (personalidad por evitación y esquizoide), se constituyeron en predictores de la depresión.

Como limitaciones del estudio puede considerarse la deserción de un porcentaje medianamente alto de participantes para la segunda evaluación; también, no haber extendido el estudio por más tiempo y con grupos de estudiantes en otros niveles académicos que contribuyeran a discriminar el impacto del ingreso a la universidad.

Referencias

- Ali, S. M., Mohammad, D., Hussain, M. F., Zaind, M. Z., y Allem, S. (2020). Prevalence, Psychological Responses and Associated Correlates of Depression, Anxiety and Stress in a Global Population, During the Coronavirus Disease (COVID19) Pandemic. *Community Mental Health Journal*. doi: <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00728-y>
- Alizadeh, Z., Feizi, A., Rejali, M., Afshar, H., y Hassanzadeh, A. (2018). The Predictive Value of Personality Traits for Psychological Problems (Stress, Anxiety and Depression): Results From a Large Population Based Study. *Journal Epidemiology and Global Health*, 8(3-4), 124-133.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4.^a ed., DSM-IV TR). Washington, D. C.: Autor.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5). Washington, D. C.: Autor.
- Amir, N. S., Nik, N. D., Chin, C., Su, T., Lekhraj, S. R., y Dahlui, M. (2019). Correction to: The Prevalence and Associated Factors of Depression, Anxiety and Stress of First Year Undergraduate Students in a Public Higher Learning Institution in Malaysia. *Journal of Child and Family Studies*, 28, 3545–3557. doi: <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01588-1>
- Arrieta, A. I. y Agudelo, L. G. (2018). Trastorno de ansiedad generalizada. En: C. A. Palacio y A. C. Toro (eds.), *Fundamentos de Medicina. Psiquiatría* (6.ta edición, pp. 181-194). CIB Fondo Editorial y ECOE Ediciones.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the Mysteries of Anxiety and its Disorders From the Perspective of Emotion Theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247–1263. doi: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.11.1247>
- Barlow, D.H. (2008). *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A Step-by-Step Treatment Manual* (4th Ed.). New York: The Guilford Press.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., y Fairholme, C. P. (2008). *Protocolo unificado para el tratamiento de Trastornos emocionales* (versión 2.0, trad. L. Castro y E. Angel). Bogotá, Colombia: Universidad de los Andes.
- Beck, A. T. y Beck, J. (2001). *The Personality Belief Questionnaire. Unpublished Assessment Instrument*. Bala Cynwyd, PA: The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.

- Beck, A. T., Davis, D. D. y Freeman, A. (2015). *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (3rd Ed.). New York: The Guilford Press.
- Bellino, S., Patria, L., Paradiso, E., Di Lorenzo, R., Zanon, C., Zizza, M., y Bogetto, F. (2005). Major Depression in Patients With Borderline Personality Disorder: A Clinical Investigation. *Canadian Journal of Psychiatry*, *50*, 234-238.
- Bhar, S. T., Beck, A. T., y Butler, A. C. (2011). Beliefs and Personality Disorders: An Overview of the Personality Beliefs Questionnaire. *Journal of clinical psychology*. doi: <https://doi.org/10.1002/jclp.20856>
- Butler, A. C., Beck, A. T., y Cohen, K. (2007). The Personality Belief Questionnaire-Short Form: Development and Preliminary Findings. *Cognitive Therapy Research*, *31*, 357-370.
- Caballo, V. E. y Salazar, I. (2014). Relación de las habilidades sociales con la ansiedad social y los estilos/trastornos de la personalidad. *Behavioral Psychology/Psicología conductual*, *22*(3), 401-422.
- Calvete, E. (2008). Una introducción al análisis de moderación y mediación: aplicaciones en el ámbito del estrés. *Ansiedad y Estrés*, *14*, 159-173.
- Calvete, E., Orue, I., y Hankin, B. L. (2013). Transactional Relationships Among Cognitive Vulnerabilities, Stressors, and Depressive Symptoms in Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *41*, 399-410.
- Camara, M. y Calvete, E. (2010). El papel de los esquemas disfuncionales tempranos y el afrontamiento en el desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, *18*, 491-509.
- Civilotti, C., Acquadro-Maran, D. A., Santagata, F., Varetto, A., y Stanizzo, M. R. (2020). The use of the Distress Thermometer and the Hospital Anxiety and Depression Scale for Screening of Anxiety and Depression in Italian Women Newly Diagnosed With Breast Cancer. *Support Care Cancer*, *28*, 4997-5004. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05343-x>
- Connor-Smith, J. y Calvete, E. (2004). Cross-Cultural Equivalence of Coping and Involuntary Responses to Stress in Spain and The United States. *Anxiety, Stress, & Coping*, *17*(2), 163-185.
- Conroy, S., Marks, M. N., Schacht, R., Davies, H. A., y Moran, P. (2010). The Impact of Maternal Depression and Personality Disorder on Early Infant Care. *Soc Psychiat Epidemiol.*, *45*, 285-292. doi: <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0070-0>

[24] Nora Helena Londoño Arredondo, Jorge Palacio Sañudo, Esther Calvete Zumalde, Fernando Juárez Acosta, Daniel Camilo Aguirre Acevedo

- Clark, D. A. y Beck, A. T. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En I. Caro (comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Crowley, D., Cross, C. D., March, J., Roth, W., Shehe, M., y Wang, P. S. (2006). Guía clínica para el tratamiento del trastorno de angustia. En: American Psychiatric Association, *Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos* (Compendio 2006, pp. 827-911). Barcelona: Ars Medica.
- Derogatis, L. R. (1983). *The SCL-90-R Administration, Scoring and Procedures Manual*. Towson: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 ítems*. Adaptación española de J. L. González de Rivera et al. Madrid: TEA Ediciones.
- DeRubeis, R. J., Keefe, J. R., y Beck, A. T. (2019). Cognitive Therapy. En K. S. Dobson y D. J. A. Dozois (Eds.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (pp. 218-248). The Guilford Press.
- Fernández del Rio, E., Becoña, E., y López, A. (2010). Trastornos de la personalidad en fumadores y no fumadores de la población general. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18, 241-258.
- Gelenberg, A., Merriam, A., y Wang, P. (2006). Guía clínica para el tratamiento del trastorno depresivo mayor. En: American Psychiatric Association, *Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos* (pp. 599-657). Barcelona: Ars Médica.
- González, A. (2018). Signos y síntomas. En C. A. Palacio y A. C. Toro (eds.) *Fundamentos de Medicina. Psiquiatría* (6.ta ed., pp. 9-23). CIB Fondo Editorial y ECOE Ediciones.
- Harris, A. E. y Curtin, L. (2002). Parental Perceptions, Early Maladaptive Schemas, and Depressive Symptoms in Young Adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 405-416.
- Ingram, R. y Price, J. (2010). *Vulnerability to Psychopathology: Risk Across the Lifespan* (2nd Ed.). New York, Guilford Press.
- Jaramillo, C. (2020). *El milagro antiestrés. Cómo enfrentar la mayor epidemia de este siglo* (2.da ed.). Bogotá: Planeta.
- Karimi, S., Andayeshgar, B., y Khatony, A. (2020). Prevalence of Anxiety, Depression, and Stress in Patients With Multiple Sclerosis in Kermanshah-Iran: A Cross-Sectional Study. *BMC Psychiatry*, 20, 1-8. doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02579-z>

- Millon, T. y Davis, R. (2000). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. y Klerman, G. L. (2009). *Contemporary directions in psychopathology* (Eds.). New York: Guilford Press.
- National Institute of Mental Health (2017). National Survey on Drug Use and Health. Recuperado de www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/major-depression-among-adults.shtml
- Oh, M., Kim, J. W., Yoon, N. H., Lee, S. A., Lee, S. M., y Kang, W. S. (2019). Differences in Personality, Defense Styles, and Coping Strategies in Individuals With Depressive Disorder According to Age Groups Across the Lifespan. *Psychiatry Investigation*, 16(12), 911-918.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra, OMS. Recuperado de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país* (informe de secretaría). Ginebra, OMS. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85966/A65_10-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Palacio, C. A. (2018). Trastornos depresivos. En C. A. Palacio y A. C. Toro (eds.) *Fundamentos de Medicina. Psiquiatría* (6.ta ed., pp. 119-139). CIB Fondo Editorial y ECOE Ediciones.
- Rabiepoor, S., Vatankhah-Alamdary, N., y Khalkhali, H. R. (2019). The Effect of Expressive Writing on Postpartum Depression and Stress of Mothers With a Preterm Infant in NICU. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 27, 867–874. doi: <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09688-2>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385–401.
- Radloff, L. S. y Locke, B. Z. (1986). The Community Mental Health Assessment Survey and the CES-D Scale. En M. Weissman, J. Myers, y C. Ross (Eds.), *Community surveys*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Skodol, A., Stour, R., McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Gunderson, J., Shea, M. T., Morey, L. C. et al. (1999). Co-Occurrence of Mood and Personality Disorders: A Report From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS). *Depression and Anxiety*, 10, 175-182.

[26] Nora Helena Londoño Arredondo, Jorge Palacio Sañudo, Esther Calvete Zumalde, Fernando Juárez Acosta, Daniel Camilo Aguirre Acevedo

- Veluri, R. y Nguyen, V. (2018). Complex Cases of Comorbid Depression and Personality Disorder (PD). En K. Shivakumar y S. Amanullah, *Complex Clinical Conundrums in Psychiatry. From Theory to Clinical Management* (pp. 143-150). Springer.
- Voncina, M. M., Kosutic, Z., Pesic, D., Todorovic, D., Pelic, A., Lazarevic, M. et al. (2018). Family and Personality Predictors of Clinical Depression and Anxiety in Emerging Adults: Common, Distinctive, or a Vulnerability Continuum. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 206(7), 537-534.
- Vujicic, M. y Randelovic, D. (2017). *Personality Traits as Predictors of Depression, Anxiety, and Stress With Secondary School Students of Final Years*. Collection of papers of the Faculty of Philosophy XLVII. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/320388152_Personality_traits_as_predictors_of_depression_anxiety_and_stress_with_secondary_school_students_of_final_years
- Woon, L.S., Sidi, H. B., Ravindran, A., Gosse, P. J., Mainland, R. L., Kaunismaa, M. S., Hatta, N. H. et al. (2020). Depression, Anxiety, and Associated Factors in Patients With Diabetes: Evidence From the Anxiety, Depression, and Personality Traits in Diabetes Mellitus (ADAPT-DM) Study. *BMC Psychiatry*, 20. doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02615-y>
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., y Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire-Short Form: Factor Analysis and Relationship Between Schemas and Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 519-530.
- Yang, Y. L., Yang, L. L., Wu, H., Yang, X. S., Wang, J. N., y Wang, L. (2013). The Prevalence of Depression and Anxiety Among Chinese Adults With Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Psychiatry*, 13, 1-15. doi: <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00728-y>
- Young, J. E. y Brown, G. (2001). *Young Schema Questionnaire: Special Edition*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E. y Klosko, J. (2001). *Reinvent tu vida*. Barcelona: Paidós.
- Young, J., Klosko, J. S., y Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy. A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.
- Yucens, B., Kuru, E., Safak, Y., Karadere, M. E., y Turkcapar, M. H. (2014). Comparison of Personality Beliefs Between Depressed Patients and Healthy Controls. *Comprehensive Psychiatry*, 55(8), 1900-1905.