

11241
31
29

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA
Y SALUD MENTAL

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE "ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA

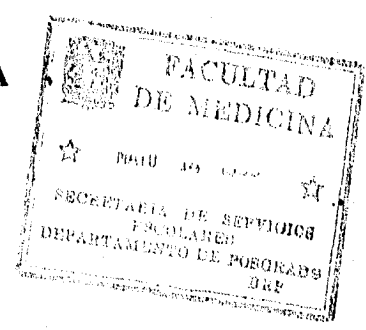
TITULO:

"ESTUDIO COMUNITARIO DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. REPORTE PRELIMINAR"

ALUMNO:

Aristides

DR RAFAEL RODRIGUEZ CARRANZA



TUTORES

[Signature]
DR EUSEBIO RUBIO AURIOLES
(Teórico)

[Signature]
DR FRANCISCO PAEZ AGRAZ
(Metodológico)

ADM
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mi madre

A mi tío René Carranza

A mis Hermanos Octavio y René

A mis maestros y amigos

INDICE

Introducción

Antecedentes

Justificación

Planteamiento del problema

Objetivos de la investigación

Material y Método

a) diseño

b) universo y muestra

c) criterios de inclusión

d) criterios de exclusión

e) instrumentos

f) procedimiento

g) análisis de estadístico

h) recursos

Resultados

Discusión

Agradecimientos

Bibliografía

Anexos

INTRODUCCION:

La personalidad es y ha sido uno de los temas más controvertidos en la psiquiatría. El sólo intento por definir el concepto se ve plagado de contradicciones y de puntos de vista divergentes. Esto es lógico, si pensamos que nos estamos refiriendo a la definición globalizadora de un aspecto que es eminentemente personal; la impronta del ser humano; su muy particular modo de ser, sentir y actuar.

No es sino hasta ahora que los sistemas modernos de clasificación de los trastornos mentales nos permiten establecer un diagnóstico como es el caso del (DSMIIIR) (APA 1987) que definen a los rasgos de la personalidad como "patrones perdurables de percibir, relacionarse, y pensar con y al medio ambiente y a uno mismo...que se exhiben en un amplio rango de contextos sociales y personales".

Es de gran importancia la personalidad en el desempeño del ser humano, es por esto que en los últimos años surgió la investigación epidemiológica de los trastornos de la personalidad.

La necesidad de investigar la epidemiología de los trastornos de personalidad esta ampliamente justificada por muchas razones, los trastornos de personalidad se han encontrado en diferentes países y en diferentes marcos socioculturales; los trastornos de personalidad pueden determinar la calidad de vida del individuo así como pueden ser muy disruptivos en las sociedades y en las familias; la personalidad puede ser una variable importante en poder predecir la respuesta al tratamiento de otros trastornos psiquiátricos; así como pueden servir para la planeación de recursos en el área de salud mental.

ANTECEDENTES

Gunn (1988) hace énfasis en la "curiosa ambivalencia inherente al término 'trastorno de personalidad' entre muchos profesionales de la salud mental. La atención, empatía y tolerancia son ofrecidas abundantemente si un paciente es visto como portador de una 'enfermedad mental', pero cuando el problema es visto como un trastorno de personalidad, la conducta del paciente es vista como deliberadamente difícil, maliciosa y manipuladora, y los juicios de valor se hacen en consecuencia".

La psiquiatría, como la ciencia estudiosa de la desviación mental, ha hecho énfasis en la definición de "la personalidad trastornada". La observación clínica minuciosa ha permitido la descripción de un grupo más o menos homogéneo de trastornos de la personalidad que, por sus características propias, fueron asignados a un eje diagnóstico diferente. Ello permitiría aceptarlos como entidades especiales con abordajes variados.

Para la Organización mundial de la salud (OMS), los trastornos de personalidad "comprenden patrones conductuales persistentes y profundamente arraigados, que se manifiestan como respuestas inflexibles a una amplia gama de situaciones personales y sociales. Representan desviaciones significativas o extremas de las formas en que un individuo promedio, en una cultura dada, percibe, piensa, y particularmente se relaciona con otros. Dichos patrones de conducta tienden a ser estables y a abarcar múltiples dominios del funcionamiento psicológico y conductual.

Están frecuentemente, pero no siempre, asociados con diversos grados de disfunción subjetiva y problemas en el funcionamiento y desempeño social" (OMS, 1992).

La distinción entre los trastornos de la personalidad y los trastornos mentales es a veces difícil, pues sabemos que ambos se afectan mutuamente. Es común pensar que si un sujeto se había comportado "normalmente" y de repente muestra una conducta anormal, decimos que tiene un "trastorno mental". En cambio, si el sujeto toda su vida ha mostrado una conducta "anormal", decimos, sin duda, que tiene un "trastorno de la personalidad" (GELDER, 1993). Esta distinción es sencilla en algunos casos (como en un brote de manía aguda) pero se complica en otros (como en un trastorno obsesivo compulsivo de inicio en la infancia)

La distinción entre el eje I (trastornos mentales) y el eje II (trastornos de la personalidad), tiene sus orígenes en Prichard (TYRER & FERGUSON, 1988), quien hacía énfasis en que los sujetos con los que entonces se denominaba como "locura moral", eran totalmente racionales y generalmente no presentaban alteraciones en el examen mental; su trastorno era de la conducta propiamente. La argumentación de que los trastornos de la personalidad eran fases tempranas de trastornos psicóticos fue refutada por los estudios de seguimiento, que nunca han podido demostrar progresión.

En la tabla siguiente se muestran los 11 trastornos de personalidad (TP) aceptados en sus 3 grandes grupos principales así como las prevalencias de cada uno de ellos reportadas por Zimmerman y cols (1990)

TABLA . Grupos, categorías diagnósticas y prevalencia de los trastornos de la personalidad de acuerdo al DSMIII-R.

Grupo A	Grupo B	Grupo C
(Raros y excéntricos)	(Dramáticos, erráticos)	(Ansiosos o miedosos)
Paranoide (0.4%)	Narcicista (0.4%)	Evitativo (1.3%)
Esquizoide (0.7%)	Limitrofe (1.7%)	Dependiente (1.7%)
Esquizotípico (3.0%)	Histriónico (3.0%)	Obsesivo-Compulsivo(1.7%)
	Antisocial (3.0%)	Pasivo-Agresivo (3.0%)

La distribución poblacional de los trastornos de personalidad no ha sido tan bien estudiada como la de el resto de los trastornos mentales. La razón de ello es compleja, y será discutida más adelante en el capítulo de la evaluación de los trastornos de la personalidad.

Es difícil estudiar la incidencia de los trastornos de la personalidad en virtud de su naturaleza crónica, sin embargo. Helgason y Magnusson (1989) realizaron un estudio con 5395 sujetos nacidos en Islandia entre 1985 al 97 y que permanecían vivos en 1977. Ellos encontraron que la expectativa para desarrollar un Trastorno de la Personalidad (TP) antes de los 81 años era de 5.2%.

Es importante señalar que en la definición de personalidad de éste estudio hay algunas condiciones psiquiátricas diferentes.

Se han realizado varios estudios que exploran la prevalencia de los TP y sólo mencionaremos algunos de ellos, especialmente aquellos que han servido como modelo para la exploración de este problema. Considerando que algunos estudios se han realizado a través de entrevistas clínicas con el paciente y/o el informante como la de Lin (1989) que encontró una prevalencia de 0.1% en Taiwan y China. Las limitaciones metodológicas que tienen los estudios en los cuales no se utiliza un instrumento y un criterio diagnóstico establecido tienen poca validez y no se pueden hacer comparaciones o generalizaciones en contra parte se encuentran los estudios como los de Zimmerman y Coryell (1990) que estudiaron en Estados Unidos a 697 sujetos con 2 instrumentos, el Cuestionario de diagnóstico de personalidad (PDQ) y la entrevista estructurada para trastornos de la personalidad (SIDP), y encontraron una prevalencia de 10.3% para el primer instrumento y de 13.5% para el segundo.

Reich y cols (1985) en un estudio comunitario con una muestra de 235 sujetos y utilizando el PDQ encontró una prevalencia de 11.1% para los TP. Maier y cols (1985) estudiaron en Alemania a 447 sujetos con el SCID y reportan una prevalencia de TP de 10.3%. Cohen y cols (1994) estudiaron a 810 sujetos utilizando la escala semiestructurada "Standardized Psychiatric Examination", encontrando que los sujetos que tenían más de 55 años tenían menos trastornos de personalidad que los jóvenes (6.6% vs 10.5%) (con una confianza de intervalo = 0.25-0.70, $P < 0.001$). Se encontró una menor prevalencia del trastorno de personalidad histriónico y antisocial en los sujetos mayores que en los jóvenes (6.6 vs 10.5%).

Los patrones de comorbilidad entre los trastornos de la personalidad y trastornos psiquiátricos fueron diferentes entre los dos grupos de edad. Samuels y cols (1994) reporta en el mismo estudio que los sujetos con TP tienen una significativa tendencia de haber presentado disfunciones sexuales, problemas con el uso de alcohol, y de drogas así como pensamientos suicidas e intentos. Así como los sujetos con diagnóstico en el eje I y trastorno de la personalidad piensan más la necesidad de acudir con un psiquiatra, pero solo el 21% se encuentra recibiendo tratamiento.

Diferentes estudios, como el del Área de Captura Epidemiológica (ECA) en Estados Unidos (Robins 1984), mostró que el trastorno antisocial de la personalidad tiene una prevalencia de por vida de 2.1 a 3.3 por ciento. Otros autores reportan cifras específicas para cada uno de los trastornos de personalidad. Por ejemplo, Baron y cols (1985) reporta una prevalencia de 1.6% para el trastorno evitativo; Weissman y Myers (1980) refieren un 0.2% para el trastorno límite de la personalidad, Nestadt y cols (1991) un 1.7% para la personalidad obsesiva, etc.

a) Confiabilidad y validez de los trastornos de personalidad:

Es importante señalar que los datos estadísticos arrojados por los estudios sobre la validez de las categorías diagnósticas no son precisamente alentadores. La confiabilidad interevaluador para el diagnóstico clínico de los TP es bastante pobre (MELLISOP, 1982), y apenas mejora a niveles entre 0.6 a 0.8 con el uso de entrevistas psiquiátricas altamente estructuradas (ZANARINI 1988). Por otro lado, el uso de este tipo de entrevistas produce que un elevado porcentaje de sujetos presenten más de un diagnóstico de personalidad. Stangl y cols (1985) encontraron que de el 72% de 164 pacientes que tuvieron algún TP, el 66% cumplió los criterios para 2 o más

trastornos, como dificultades propias en la definición de la personalidad, se tiene que traducir en cifras bajas en la confiabilidad de las mediciones.

b) Métodos de evaluación para los trastornos de la personalidad.

Se han desarrollado diversos instrumentos para la evaluación de la personalidad (Girolamo, 1993), y a continuación mencionaremos algunos de ellos:

* Exámen internacional de los trastornos de la personalidad (*International Personality Disorder Examination, IPDE*). Entrevista semiestructurada con criterios del DSMIII-R e ICD 10. Tiene 157 ítems y requiere de 150 minutos aproximadamente. (Loranger, 1991)

* Cédula de evaluación de la personalidad (*Personality assessment schedule, PAS*). Entrevista semiestructurada que usa a un informante. Tiene 24 ítems y se lleva 60 minutos. (Tyrer, 1987).

* Cuestionario de diagnóstico de la personalidad revisado. (*Personality Diagnostic Questionnaire-revised, PDQR*). Cuestionario autoaplicado por paciente o informante usando criterios del DSMIII-R. Tiene 152 ítems y su aplicación se lleva 30 minutos. (Hyler & Ryder, 1984)

* Entrevista estructurada para trastornos de personalidad del DSMIII-R. (*Structured Clinical Interview for DSMIII-R Personality Disorders, SCID-II*) Entrevista estructurada con el paciente utilizando criterios del DSMIII-R. Tiene 136 ítems y se lleva 90 minutos. (Spitzer & Williams, 1987)

* Inventario de temperamento y carácter. (Temperament and Character Inventory, ITC).

Cuestionario autoaplicado, abordaje dimensional. Diagnostica de acuerdo a un sistema propio y compatible con diagnósticos del DSM-III-R). Tiene 254 ítems y se lleva 40 minutos. (Cloninger, 1994)

En general todos los instrumentos han mostrado una adecuada confiabilidad interevaluador (Girolamo 1993), pero sólo 3 métodos han mostrado una adecuada confiabilidad test-retest, el PAS y el IPDE. La utilidad de estos instrumentos en estudios epidemiológicos no ha sido bien establecida, aunque se han llegado a utilizar en escrutinios comunitarios.

Las entrevistas altamente estructuradas (IPDE y SCIDP) parecen tener un mejor comportamiento en cuanto a confiabilidad, pero el tiempo de aplicación que requieren es mucho más largo.

Muchos de los investigadores que han desarrollado instrumentos para la evaluación de los trastornos de la personalidad están desarrollando su 2a o 3a versión. Ello quiere decir que la experiencia que van acumulando con cada fase es incorporada a la siguiente. El uso combinado de instrumentos (por ejemplo el PDQ con el SCID-II) es un intento para facilitar el trabajo del clínico y el investigador. El consenso es, sin embargo, que el desarrollo de la clinimetría de los trastornos de la personalidad está en sus fases más tempranas de desarrollo (Reich, 1989).

Cuestionario de diagnóstico de Personalidad Revisado (PDQ-R)

El PDQ-R fue realizado basándose en los criterios diagnósticos del DSM III R, está formado por 152 preguntas que tienen como respuesta verdadero o falso. Es autoaplicable y se resuelve en aproximadamente 30 minutos.

El PDQ-R es un instrumento que sirve para el tamizaje de trastornos de la personalidad (TP). Incluye 11 escalas de Trastornos de la personalidad con una o más preguntas correspondientes a los criterios diagnósticos para TP del DSM III R. Para determinar la presencia o ausencia de un TP utiliza el número umbral de criterios propios del DSM III R. Los estudios clínicos originales del instrumento han encontrado que tiene una baja sensibilidad (0.50) y una alta especificidad (.71 al .99), con un bajo nivel predictivo positivo (0.38) y un alto nivel predictivo negativo (0.90 a 0.99).

En un estudio de validación comparada con la entrevista estructurada para el diagnóstico de TP del DSM III R obtuvo una Kapa (k)=0.11 Yeung, 1993. En otros estudios se ha encontrado una alta sensibilidad para el instrumento hasta un (0.80) y una alta especificidad de (0.80) con alto valor predictivo negativo (0.80) y un valor predictivo positivo significativamente bajo.

En la validación con la entrevista estructurada para el diagnóstico de TP del DSM III R se obtuvo una $K=0.70$ Hyler, 1990. En el test-retest se encontró una K de hasta 0.70 y con el SCID II una $K=0.70$, Hurt, 1984. Por lo anterior nos indica que cuando el instrumento descarta la presencia de TP es muy probable que el sujeto verdaderamente no lo tenga. Aunque el

instrumento no tiene todas las características óptimas, sus propiedades lo hacen adecuado para el tamizaje que requiere de una maniobra posterior para validar el diagnóstico específico de la personalidad.

El PDQR tiene un comportamiento diferencial a lo largo de sus escalas y algunas categorías diagnósticas, como el esquizoide, esquizotípica, la limitrofe, la dependiente y la pasivo agresiva tuvieron una mejor capacidad discriminativa Yeung, 1993.

JUSTIFICACION:

Hasta donde tenemos conocimiento, no existen datos epidemiológicos sobre la frecuencia de los trastornos de la personalidad en nuestro país. La trascendencia del problema ha quedado clara en los diversos trabajos que demuestran la importancia que tiene la personalidad en el resultado de diversas condiciones tanto médicas como psiquiátricas. El apego al tratamiento, la presencia de redes de apoyo social, de parejas estables entre otras son dimensiones que se ven seriamente afectadas por la presencia de los trastornos de la personalidad.

La determinación de la prevalencia de este tipo de patología puede ayudar a la planeación de estrategias generales de salud mental que tomen en cuenta este parámetro muchas veces olvidado y de relevancia innegable.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pregunta básica a contestar por este trabajo sería ¿Cual es la frecuencia de cada una de las categorías de trastornos de la personalidad en una comunidad del Distrito Federal?

OBJETIVOS:

1.- Determinar la frecuencia de las 11 categorías de personalidad del DSM III R en una comunidad del Distrito Federal.

2.- Determinar la asociación entre algunas variables demográficas y la presencia de algún trastorno de la personalidad.

MATERIAL Y METODO:

a) Diseño:

Estudio epidemiológico descriptivo y transversal.

b) Universo y Muestra:

El universo será la población total de cobertura del centro de salud "Dr Castro Villagrán" del Distrito Federal que es de aproximadamente 200,000 personas. Se obtuvo una muestra aleatoria en mayores de 18 años.

Como se muestra en el mapa No 1 del Distrito federal el área de influencia del centro de salud comprende a las delegaciones de Tlalpan, Xochimilco, Coyoacan, Iztapalapa, M. Contreras y Tlahuac.

A partir de un mapa geográfico, dividido tanto por área geostadística básica (AGEB) como por manzanas del área de estudio, se procedió a numerarlas y posteriormente por un sorteo aleatorio se marcaron las manzanas blanco.

Zona centro comprende las colonias: Toriel Guerra, Cantera Pueblo quieto, centro Tlalpan, Guadalupita, La Joya, Cantera Puente de piedra, Huipulco, Unidad Narciso Mendoza, La Forestal, Sección XVI, Barrio Niño de Jesús, AMSA, San Lorenzo Huipulco, Isidro Fabela, Villa Lázaro Cárdenas, Chimali y Rancho los Colorines.

Zona Periférica comprende las colonias: Romulo Sánchez, Miguel Hidalgo, la Fama, Fuentes Brotantes, Vergel de Coyoacan, Prado Coapa, Nueva Oriental Coapa, Vergel de Coapa, Villa del sur, ex hacienda Coapa, Rinconada Coapa segunda sección, Residencial Villa Coapa, Las Torres, Los colorines, Lotería Nacional, Villa Cuemanco, UD Ignacio Chávez, UD Fovissste Cuemanco, UD Hueso Periférico, Club de Golf, Las Tortolas, Arenal Tepepan y Granjas Coapa. Esta área de influencia tiene la cualidad de tener zonas tanto populares como residenciales.

c) Criterios de inclusión:

- * sujetos de cualquier sexo mayores de 18 años.
- * que acepten contestar de manera voluntaria el instrumento.
- * alfabetas que llenen adecuada y completamente la escala PDQR.

d) criterios de exclusión:

- * sujetos menores de 18 años.
- * negativa a participar
- * analfabeta o que llenen de forma inadecuada e incompleta la escala PDQR.

e) Instrumentos:

- * Forma para datos sociodemográficos.
- * El Cuestionario de diagnóstico de la personalidad revisado (PDQ-R).

f) Procedimiento.

Se solicitó al Centro de Salud el programa con el cual se había realizado el diagnóstico de salud del área de influencia, con este se pudo determinar el número de colonias, las manzanas que comprendían cada colonia así como el número de viviendas y su población.

Se determinó realizar el estudio en 2 fases por las limitaciones de tiempo según el programa de avance, la primera fue la zona centro del área de influencia y la segunda el área periférica. En este reporte se presentan resultados con los primeros 98 casos registrados.

Se calculó una muestra blanco de 250 cuestionarios resueltos para el estudio final. Se procedió a muestrear las manzanas para estudio y se le asignó a cada investigador de campo una cuota de sujetos por manzana de acuerdo a las características diseñadas.

Una vez que se llegaba a un domicilio con una de las personas candidatas a ingresar, el investigador de campo procedió a identificarse y a solicitar el llenado de los datos sociodemográficos. Posteriormente se le dió al sujeto en cuestión el instrumento autoaplicado para su llenado. Generalmente el entrevistador permanecía ahí mientras el sujeto completaba las preguntas para aclarar cualquier duda. Si el sujeto no tenía disposición en ese momento, se dejaba el cuestionario y se procedía a recogerlo una semana más tarde. Se solicitó el nombre, dirección y el número telefónico en caso de contar con el servicio, con la finalidad de establecer comunicación con los sujetos para recordarles el llenado del cuestionario. Si el sujeto no aceptaba participar, el investigador continuaba la búsqueda de un sujeto en la manzana blanco que cumpliera con las características especificadas para el muestreo hasta completar la cuota que le fue asignada.

g) Análisis de Resultados:

Los datos de los instrumentos fueron capturados y analizados por medios computados con programas diseñados para su calificación.

La presencia de los trastornos de la personalidad será evaluada con dos criterios diferentes. Uno estará basado en los umbrales propuestos por los creadores del programa computacional del instrumento y el segundo se basará en el estudio de validez diagnóstica del PDQ-R realizado en este instituto por López y cols (1995).

Los resultados finales fueron recapturados y analizados con el programa SPSS versión 2.0. Se utilizaron medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estandar) para describir las variables continuas y polígonos de frecuencia paravariabales categóricas. Como pruebas de hipótesis se utilizará la chi cuadrada para variables nominales y ANOVA para contraste de medias.

h) Recursos:

El material utilizado en el estudio (papel y tinta para la impresión de instrumentos) será obtenido del donativo de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Los recursos computacionales están disponibles en el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

RESULTADOS

Con los fines de este reporte se presentan resultados sobre 98 casos, correspondientes a una tercera parte de la muestra global calculada en el proyecto de trastornos de la personalidad del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

De los 98 casos, 39 (39.8%) correspondió al sexo masculino y 59 (60.2%) al femenino. La edad promedio de la población fué de 34.6 +/-14.7 y los años de escolaridad fué de 10.7 +/-4.1 años.

a) Frecuencias con los valores de referencia de los autores originales (Hyler y cols, 1989).

Utilizando como referencia los valores umbrales propuestos por el autor para cada uno de los trastornos de la personalidad, las frecuencias encontradas se muestran en la tabla #1.

De acuerdo a este análisis, 56(57.1%) de los sujetos tenían alteración o disfunción que indica la presencia de algún trastorno de la personalidad. Es importante mencionar que 34 (34.7%) de los casos sobrepasaron el umbral en la escala de control de seguridad del cuestionario.

TABLA #1. FRECUENCIA DE CADA UNO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. (Umbrales con referencia a las cifras del autor original)

	Sin el trastorno	Con el trastorno
ESQUIZOIDE	80 (81.6%)	18 (18.4%)
ESQUIZOTIPICO	89 (90.8%)	9 (9.2%)
PARANOIDE	55 (56.1%)	43 (43.9%)
EVITATIVO	77 (78.6%)	21 (21.4%)
DEPENDIENTE	75 (76.5%)	23 (23.5%)
OBSESIVO	69 (70.4%)	29 (29.6%)
PASIVO-AGRESIVO	66 (67.3%)	32 (32.7%)
AUTO-DEVALUATORIO	73 (74.5%)	25 (25.5%)
HISTRIONICO	45 (45.9%)	53 (54.1%)
NARCISISTA	70 (71.4%)	28 (28.6%)
LIMITROFE	70 (71.4%)	28 (28.6%)
ANTISOCIAL	79 (80.6%)	19 (19.4%)
TRASTORNO DE CONDUCTA	77 (78.6%)	21 (21.4%)
SADICO	82 (83.7%)	16 (16.3%)

n=98

b) Frecuencias de los trastornos de la personalidad con el punto de corte de López y cols (1995).

En el estudio de López y cols (1995) el utilizar la suma total del PDQ-R con un punto de corte de 55 puntos arrojó valores de sensibilidad y especificidad del 90%. Con esta referencia, sólo 28 (28.6%) de los casos presentaron algún trastorno de la personalidad. En la tabla #2 se muestra la distribución de los trastornos con este nuevo análisis.

TABLA #2. FRECUENCIA DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (Punto de corte de López y cols, 1995).

	Sin trastorno	Con trastorno
ESQUIZOIDE	92 (93.9%)	6 (6.1%)
ESQUIZOTIPICO	90 (91.8%)	8 (8.2%)
PARANOIDE	79 (80.6%)	19 (19.4%)
EVITATIVO	85 (86.7%)	13 (13.3%)
DEPENDIENTE	84 (85.7%)	14 (14.3%)
OBSESIVO	83 (84.7%)	15 (15.3%)
PASIVO AGRESIVO	68 (69.4%)	20 (20.6%)
AUTO DEVALUATORIO	69 (70.4%)	19 (19.4%)
HISTRIONICO	75 (76.5%)	23 (23.5%)
NARCISICTA	76 (77.6%)	22 (24.5%)
LIMITROFE	76 (77.6%)	22 (24.5%)
ANTISOCIAL	80 (81.6%)	18 (18.4%)
TRASTORNO DE CONDUCTA	69 (70.4%)	19 (19.4%)
SADICO	82 (83.4%)	16 (16.6%)

n=98

Siguiendo en este análisis, se encontró que de los 28 casos con algún trastorno de la personalidad, 5 (17.8%) presentaron entre 1 y 4 diagnósticos categóricos, 15 (53.5%) entre 5 y 10 diagnósticos, y 8 (28.7) presentaron entre 10 y 13 diagnósticos.

c) Relación entre variables demográficas y trastornos de la personalidad.

Con respecto al sexo, se encontró que las mujeres presentaron significativamente más frecuente el trastorno evitativo de la personalidad (28.8% vs 10.3%, X^2 4.8, gl 1, $p=0.02$), el trastorno dependiente (33.9% vs 7.7%, gl 1, $p=0.002$) y el histriónico (62.7% vs 41.0%, gl 1, $p=0.03$).

No se encontraron diferencias significativas en cuanto a edad y a la escolaridad entre los portadores y no portadores de trastornos de la personalidad.

DISCUSION

La prevalencia de trastornos de la personalidad que se presenta en este reporte fué de 28.6%, siendo los más frecuentes el narcisista, el límite y el pasivo agresivo.

La cifra encontrada en nuestro estudio es más de el doble de la reportada por Zimmerman y col (1990), quien encontró 10.3% de casos utilizando el PDQ en su versión anterior.

Las diferencias tan importantes pueden ser explicadas de diversas formas. En primer lugar tenemos el diferente comportamiento psicométrico que tuvo el PDQ en los estudios anglosajones (Hyler y cols 1990) y en el estudio local (López y cols 1995). En éste último presentó mucho mejores valores de sensibilidad y especificidad, utilizando un punto de corte global para la distinción entre portadores y no portadores de trastornos de la personalidad. De cualquier manera, todos los reportes previos con el instrumento hablan de la gran cantidad de falsos positivos que se pueden presentar utilizando este instrumento autoaplicado.

No podemos descartar la posibilidad, que en efecto la prevalencia de trastornos de la personalidad sea mayor en nuestro medio, pero ello no podrá ser corroborado, sino hasta la realización de un estudio comunitario similar que utilice como instrumento, alguno estructurado y con aplicación por parte de un clínico experimentado. Se ha insistido en que las prevalencias de los trastornos de la personalidad son especialmente sensibles a las variaciones transculturales (Girolamo y cols 1993).

Existen diferencias importantes entre la población que fué blanco de este estudio en cuanto a variables sociodemográficas que no fueron evaluadas en esta investigación, como lo son el nivel socioeconómico y diversas variables de índole familiar.

En cuanto a la comorbilidad de los diagnósticos de personalidad, Zimmerman reporta que 7.9% de sus casos tuvieron más de un diagnóstico, mientras que en nuestra muestra, prácticamente todos los sujetos presentaron 2 o más diagnósticos de la personalidad.

En cuanto a la distribución por sexo, no se confirmó el hallazgo de Samuels (1994) con respecto a la mayor prevalencia de trastornos de la personalidad en el sexo masculino en la comunidad. En nuestro estudio, no se encontraron diferencias generales en cuanto al sexo.

En los casos particulares de los trastornos evitativo, dependiente e histriónico que fueron más frecuentes en mujeres, se confirman algunos de los trabajos revisados por Girolamo y cols (1993).

La limitación más importante de este estudio, desde su concepción, fué sin lugar a dudas el instrumento de autoaplicación que se utilizó. Sus resultados, aunque definitivamente deben ser tomados con precaución, son la primera aproximación formal a la epidemiología de los trastornos de la personalidad en nuestro medio. El uso concomitante de otros instrumentos (Como el caso del Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger) pudiera aclarar mejor las frecuencias encontradas. Sin embargo, ello no fué el objetivo de este reporte en particular.

BIBIOLGRAFIA.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition revised. APA press. 1987.

BARON M, Y COLS. A family study of schizophrenic and normal control probands: implications for the spectrum concept of schizophrenia. Am J Psychiatry 142:447-455, 1985.

CLONINGER CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. Arch Gen Psychiatry, 44:573-588, 1987.

CLONINGER CR, PRZYBECK TR, SVRACIK DM, WETZEL RD. A guide to the development and use of the temperament and character inventory (TCI professional manual). Draft 4-4-1994.

CLONINGER CR, SVRACIK DM, PRZYBECK TR. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry, 50:975-990, 1993.

COHEN BJ Y COLS. Personality disorder in later life : a community study. Br J Psychiatry, 165:493-499,1994.

GELDER M, GATH D, MAYOU R. Oxford Textbook of Psychiatry. Second Edition. Oxford University Press. Oxford. 1993.

GIROLAMO G, REICH JH. Personality Disorders. World Health Organization. Geneva. 1993.

GUNN J. Personality disorder: a clinical suggestion. En: Tyrer P (ed). Personality Disorders. Diagnosis, management and course. Butterworth & Co eds. Londres. 1988.

HYLER SE, SKODOL AE, KELLMAN HD, OLDHAM JM, ROSNICK L. Validity of the personality diagnostic questionnaire-revised: comparison with two structures interviewa. Am J Psychiatry 147:1043-1048,1990.

LIN TY y col. Effectsof social change on mental disorders in Taiwan. Acta psychiatrica Scandinavica 79 (Suppl.348):11-34,1989.

LOPEZ J, PAEZ F, NICOLINI H. Traducción y validación del PDQ-R. Tesis para obtener el diploma en psiquiatría general. UNAM: 1995.

MAIER W y col. Prevalences of personality disorders (DSMIII-R) in the community. J Pers disorders 6:187-196, 1992.

MELLSOP G, VARGHESE F, JOSHUA S, HICKS A. The reliability of axis II of DSMIII. Am J Psychiatry 139:1360-1361, 1982.

NESTADT G, Y COLS. DSMIII compulsive personality disorder: an epidemiological survey. Psychol Med 21:461-471, 1991.

REICH JH. Update on instruments to measure DSMIII and DSMIII-R personality disorders. *J Nerv Ment Dis* 177:366-370, 1989.

REICH JH, YATES W, NDUAGUBA M. Prevalence of DSMIII personality disorders in the community. *Social Psychiatry* 24:12-16, 1989.

ROBINS LN, HELZER JE, WEISSMAN MM, ORSCHAVEL H, GRUENBERG E, BURKE JD, REGIER DA. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorder in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 41:949-958, 1984.

SAMUELS JF, NESTADT G, ROMANOSKI AJ, FOLSTEIN MF, MACHUGH PR. DSM III-R personality disorders in the community. *Am J Psychiatry* 151:1055-1062, 1994

SCHROEDER ML, WORMWORTH JA, LIVESLEY WJ. Dimensions of personality disorder and their relationships to the big five dimensions of personality. *Psychol Assess*, 4:47-53, 1992.

STANGL D, PFOHL B, ZIMMERMAN M BOWERS W. A structured interview for DSMIII personality disorders. *Arch Gen Psychiatry* 42:591-96, 1985.

SVRAKIC DM, WHITEHEAD C, PRYZBECK TR, CLONINGER CR. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 50:991-999, 1993

TYRER P, FERGUSON B. Development of the concept of abnormal personality. En: Tyrer P (ed). Personality Disorders. Diagnosis, management and course. Butterworth & Co eds. Londres. 1988.

WEISSMAN MM, MYERS JK. Psychiatric disorders in a US community. Acta Psychiatr Scand, 62:99-111, 1980.

YEUNG AS, LYONS MJ, WATERNAUX CM, FARAONE SV, TSUANG MT. Empirical determination of thresholds for case identification: validation of the personality diagnostic questionnaire-revised. Compr Psychiatry 34:384-391, 1993.

ZANARINI M, FRANKENBURG F, CHAUNCEY D, GUNDERSON J. The diagnostic interview for personality disorders: interrater and test-retest reliability. Compr Psychiatry 28:467-480, 1988.

ZIMMERMAN M, CORYELL WH. Diagnosing personality disorders in the community. Arch Gen Psychiatry 45:733-737, 1990.