

11241

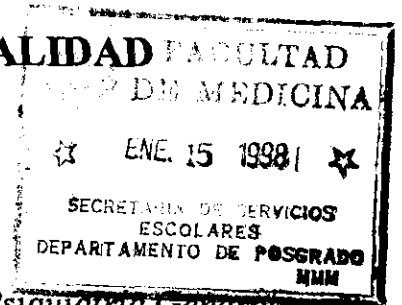
5
2ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental

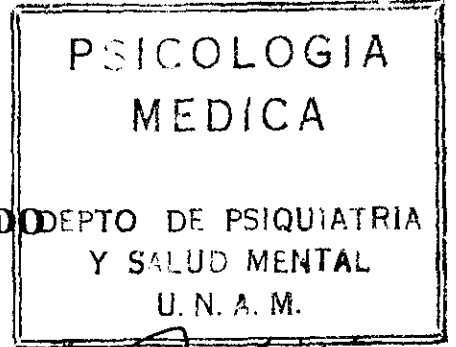
TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD FACULTAD DE MEDICINA



Tesis que para obtener el Título de la Especialidad en Psiquiatría General

presenta:

DR. JUAN ANTONIO DIAZ PICHARD



Asesor teórico: *Dr. Enrique Chávez León*

Asesor metodológico: *Dra Claudia Fouilloux*

Ciudad Universitaria, febrero de 1998

257825

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 está 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.

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

INDICE

MARCO TEORICO	3
INTRODUCCIÓN	3
TRASTORNO BIPOLAR.....	4
<i>Fase maniaca.....</i>	<i>5</i>
<i>Fase depresiva.....</i>	<i>6</i>
<i>Fase mixta.....</i>	<i>7</i>
EPIDEMIOLOGÍA	7
FACTORES DE RIESGO	8
NEUROBIOQUÍMICA DE LAS ALTERACIONES AFECTIVAS.....	10
PERSONALIDAD	13
<i>Desarrollo de un modelo psicobiológico de la personalidad</i>	<i>14</i>
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
JUSTIFICACIÓN.....	24
OBJETIVO	26
HIPÓTESIS.....	26
MATERIAL Y MÉTODOS.....	27
MÉTODO	30
RESULTADOS	31
DISCUSIÓN.....	40
CONCLUSIONES.....	42
BIBLIOGRAFÍA.....	43
ANEXO 1 ITC.....	46

Marco Teorico

Introducción

Desde el comienzo de la psiquiatría, sus representantes han propuesto hipótesis que pudieran explicar el origen de las enfermedades mentales (1). Encontrar tipos de personalidad con predisposición especial a determinados trastornos ha sido un objetivo de la psicopatología desde tiempo de Hipócrates (35). La patología "clásica" de los griegos, consistía, como es sabido, en la teoría de los 4 humores que postulaba que el cuerpo está compuesto de 4 jugos o "humores": sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema, cuyo predominio en el ser humano determina cada uno de los cuatro temperamentos (sanguíneo, colérico, bilioso y flemático). Todas las enfermedades resultan de una perturbación en el equilibrio humoral por el exceso o la corrupción de uno de los humores. La melancolía, por ejemplo es una enfermedad producida por un exceso de "bilis negra" (1).

Kretschmer propuso una clasificación que relacionaba características físicas con temperamento y tipos de personalidad. Utilizando los dos grandes grupos de psicosis endógenas, propuso que en ellas se encontraba una base tipológica de personalidad. Para el esquizofrénico sería un biotipo asténico y un temperamento esquizoide. Para el manícodepresivo describió un biotipo pícnico (contorno redondeado, estatura media, cara ancha, cuello corto y grueso, vientre prominente y hombros redondeados) un temperamento cicloide (oscilaciones de euforia y depresión) y unas características de personalidad que les suponen sociables, bonachones, cordiales, amigables, etc.(35) lo que coincide con las observaciones de Bumke, quien estableció que la personalidad prepsicótica presenta una disposición exagerada al estado de ánimo triste y alegre, y con las afirmaciones de Lange (1928) quien halló en más de las tres cuartas partes de maníaco-melancolicos evidentes aspectos ciclotímicos (21).

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

Así, rasgos como la extroversión, obsesividad y ciclotimia parecen ser bastante frecuentes en la personalidad premórbida de los pacientes afectos de trastorno bipolar.

La predisposición a la enfermedad bipolar también ha sido postulada por las escuelas psicodinámicas, las cuales destacan la presencia de marcada oralidad, narcisismo y ambivalencia, además de rasgos obsesivos e histéricos (35).

El trastorno bipolar es una de las entidades psiquiátricas cuya causa y mecanismos fisiopatológicos son poco claros y aunque se han propuesto varios modelos explicativos es evidente que como en la mayoría de los padecimientos psiquiátricos la multicausalidad lo determina, por tanto es importante la identificación cada vez más sólida de factores de riesgo en este padecimiento.

En este estudio se propone a la personalidad como un factor relacionado a la presencia del trastorno bipolar y a su posible evolución.

Siguiendo el modelo dimensional de personalidad de Cloninger, donde se evalúan mediante el Inventario de Temperamento y Carácter (ITC), las dimensiones temperamentales (herencia) y del carácter (medio ambiente), incluyendo así los factores bioquímicos y psicosociales del individuo.

En base a las alteraciones neurobioquímicas del trastorno bipolar (en el sistema serotoninérgico principalmente) se sugiere que dicha alteración puede evidenciarse en el modelo de personalidad propuesto e identificarse en el ITC, además de determinar si este se relaciona en alguna manera con la evolución del trastorno bipolar.

Trastorno Bipolar

Definición: el rasgo esencial del trastorno bipolar es un período diferenciado de estado de ánimo elevado, expansivo y síntomas asociados de elevada actividad, habla rápida, fuga de ideas, autoestima exagerada, disminución de la necesidad de sueño, distractibilidad y excesiva implicación en actividades sin considerar las posibles consecuencias adversas. Como la mayoría de las personas que experimentan episodios maníacos desarrollan eventualmente episodios depresivos, se les incluye dentro del diagnóstico de trastorno bipolar (17).

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

Fase maníaca

El rasgo clínico crítico de un episodio maniaco es un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable. Los síntomas se describen en términos de elevada actividad psicomotora. La persona habla más rápidamente, piensa más rápidamente, duerme menos y aparentemente tiene una energía ilimitada. Muchas personas con una enfermedad maniaca piensan que son muy creativas durante estos episodios. El motivo es, en parte, que surge una inundación de la conciencia con ideas y asociaciones que en ocasiones son imaginativas y creativas, pero que en otras ocasiones son idiosincrásicas y sin mérito artístico alguno.

Aunque el estado de ánimo elevado es descrito a menudo como eufórico y afable, con una calidad contagiosa, se caracteriza por la ausencia de selectividad y una incesante cualidad impulsiva. La manía también se caracteriza por una escasa tolerancia a la frustración con el resultante aumento de la irritabilidad. La cualidad expansiva grandiosa del episodio maniaco con la sensación de alto poder e importancia tiene a veces proporciones psicóticas.

El aumento de actividad toma la forma a veces de promiscuidad sexual, participación política y preocupación religiosa.

El habla del maniaco tiende a ser grave, rápida, ininterrumpida e incesante. A menudo juega con el sonido de las palabras y crea juegos de palabras. Son bastante comunes los manierismos dramáticos.

Característicamente el paciente tiene escasa necesidad de sueño, pudiendo dormir sólo 3 o 4 horas, y no es raro que el paciente funcione durante varios días sin dormir absolutamente nada. El episodio maniaco puede incluir o no síntomas psicóticos. La alteración del juicio puede o no ser suficientemente grave como para justificar un diagnóstico de psicosis. Lo mismo que la presencia de delirios y las alucinaciones. Su contenido suele ser congruente con el estado de ánimo dominante (17).

El DSM IV define al episodio maniaco como: un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado que dura al menos una semana y en cual han persistido al menos 3 de los siguientes síntomas (4 si el estado de ánimo es irritable): 1) autoestima exagerada, 2) disminución de la necesidad de dormir, 3) verborrea, 4) fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado, 5) distractibilidad, 6)

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora, 7) implicación excesiva en actividades placenteras con alto potencial de producir consecuencias graves. Esta alteración debe ser lo suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o relaciones con los demás; y no ser consecuencia de los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de un padecimiento médico.

Aunque la mayoría de los sujetos con un trastorno bipolar vuelven a la normalidad total entre los episodios, algunos (20-30%) siguen mostrando labilidad afectiva y dificultades interpersonales o laborales (2).

Fase depresiva

El rasgo clínico esencial es un estado de ánimo disfórico habitualmente experimentado conscientemente como depresión. La alteración del estado de ánimo es acusada, persistente y suele ir asociada también a otros síntomas.

Sin embargo, no todos los individuos con este diagnóstico informan de estar deprimidos subjetivamente.

Los síntomas necesarios para el diagnóstico son la triada de poca capacidad de experimentar placer (anhedonia), reducido interés por el entorno (retraimiento) y escasa energía (anergia) (17).

El DSM IV define el episodio depresivo mayor como el período de al menos dos semanas durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, además de al menos 4 de los siguientes síntomas: 1) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, 2) insomnio o hipersomnia casi cada día, 3) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día, 4) fatiga o pérdida de energía casi cada día, 5) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día, 6) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día, 7) pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. Los cuales provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad y no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

enfermedad médica (2) Los períodos depresivos frecuentemente alternan con los maníacos, aunque en el 15% de los casos el Trastorno bipolar puede tener sólo períodos de manía.

Fase mixta.

Un episodio mixto se caracteriza por un período de tiempo (de al menos una semana de duración) en el que casi cada día se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor. El sujeto experimenta estados de ánimo que se alternan con rapidez (tristeza, irritabilidad, euforia), acompañados de síntomas de un episodio maníaco y de un episodio depresivo mayor. Los síntomas de presentación suelen incluir agitación, insomnio, alteración del apetito, síntomas psicóticos e ideación suicida. La alteración debe ser suficientemente grave como para provocar un deterioro social o laboral importante o para precisar hospitalización, o está caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos (2).

Epidemiología

El riesgo de sufrir el trastorno bipolar a lo largo de la vida es aproximadamente del 1%. No existe claras diferencias en cuanto al sexo con respecto al riesgo de enfermedad bipolar. Tiende a ocurrir relativamente al comienzo de la vida, apareciendo el primer episodio antes de los 30 años, frecuentemente hacia el final de la adolescencia o alrededor de los 20 años de edad (11). Hay ciertas pruebas de un elevado índice de trastorno biopolar en las clases socioeconómicas altas. Este hallazgo puede ser una consecuencia de los periodos de actividad hipomaniaca hallados en los pacientes bipolares en los cuales el individuo puede funcionar a un alto nivel sin una alteración significativa del juicio e incluso alcanzar éxitos. No hay evidencia de que exista una relación entre la prevalencia y la incidencia del trastorno bipolar y la situación rural-urbana, el estado civil, la religión y la raza. No se dispone de datos apropiados sobre el papel de los acontecimientos de la vida en la precipitación de los episodios maníacos, aunque algunos estudios sugieren esta relación. Los familiares en primer grado de los pacientes bipolares muestran un riesgo del 25% para los trastornos afectivos (17)

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

Factores de riesgo

Sexo: en los estudios recientes se ha constatado que los índices de trastorno bipolar son aproximadamente iguales en ambos sexos (17).

Edad: los estudios recientes sugieren una edad de inicio temprana, al final de la adolescencia o primeros años de la década de los 20; los estudios anteriores hallaron una incidencia en ascenso hasta los 35 años, y luego una disminución. La distribución por edades del trastorno bipolar también está afectada por la pauta de recurrencia de los episodios. Los episodios recurren cada 2.7 a 9 años aunque con el paso de los años se acorta el intervalo de los episodios, y bien aumenta la duración de cada episodio. Por consiguiente, las personas con trastorno bipolar tienen un creciente riesgo de experimentar un episodio maniaco o depresivo a medida que se vuelven mayores (17).

Clase social: el trastorno bipolar puede darse con más frecuencia en las clases sociales altas; sin embargo no está claro si el ser de una clase social alta es una causa o una consecuencia del trastorno bipolar. Existen tres explicaciones posibles: 1) un sesgo diagnóstico puede hacer que los pacientes de bajas clases socioeconómicas sean diagnosticados de forma imprecisa, 2) un tipo particular de personalidad puede predisponer a ciertos individuos tanto al trastorno como al ascenso en la escala social, o 3) la hipomanía y la ciclotimia pueden ser un inicio insidioso del trastorno, y determinar un alto rendimiento en la escuela o el trabajo. Los pacientes bipolares suelen tener tanto un nivel educativo como ocupacional algo más altos que un grupo de control de pacientes con depresión no polar. Los estudios muestran que se ha hallado una alta proporción de pacientes bipolares entre los escritores creativos y entre profesionales de uno y otro sexo.(17).

Raza: no se ha demostrado relación entre la raza y el trastorno bipolar (17).

Religión: los grupos religiosos pueden reflejar agrupamientos genéticos en vez del efecto de la religión como sistema de creencias. En razón de los problemas de las muestras pequeñas, los diversos métodos diagnósticos y los confusos problemas ligados a la clase social, los hallazgos sobre la asociación de los grupos religiosos y el trastorno bipolar deben investigarse más (17).

Estado civil: muchos estudios sugieren que el trastorno bipolar puede ser más común entre las personas divorciadas; sin embargo este hallazgo puede ser una consecuencia del trastorno,

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

como se puede concluir al observar la relación entre trastorno bipolar y problemas o conflictos matrimoniales (17).

Medio rural-medio urbano: no se dispone de datos que apoyen su papel en este trastorno (17).

Sucesos vitales y apoyos sociales: no se dispone de datos concluyentes.

Personalidad: la mayoría de estudios de la personalidad se ha llevado a cabo en pacientes depresivos, no considerando a los pacientes bipolares como grupo independiente. Una excepción es el estudio de colaboración del NIMH sobre la psicobiología de la depresión. Los pacientes bipolares recuperados, en contraste con los pacientes depresivos no bipolares, tienen básicamente puntuaciones normales en las mediciones de introversión y neuroticismo comparados con normas establecidas, y sólo diferían en mediciones del carácter obsesivo (17).

Svrakic y Cloninger analizaron la relación entre los rasgos de personalidad evaluados mediante el Cuestionario Tridimensional de Personalidad y 6 estados afectivos evaluados a través del Perfil de Estados Afectivos en su forma bipolar (POMS-bi), encontrando que extensas partes de la personalidad y/o la conducta (búsqueda de la novedad y dependencia a la recompensa) pueden permanecer relativamente inalterados independientemente del estado afectivo, mientras que la dimensión de evitación al daño y sus subdimensiones están correlacionadas a la mayoría de las escalas del POMS-bi (0.40 a 0.70) (un año después reproducido con los mismos resultados, pero en pacientes con diagnóstico de depresión mayor unipolar, no psicóticos) (32), reflejando cambios específicos de áreas neuroanatómicas y procesos neuroquímicos que determinan aspectos motivacionales de la conducta, dependientes de los estados afectivos (16).

Los mismos autores en otro estudio mediante el Inventario de Temperamento y Carácter y entrevistas estructuradas determinaron la relación de enfermedades del eje 1 con las del eje 2, encontrando en 14 pacientes con trastorno bipolar, 8 con trastornos de la personalidad y 6 sin ellos (33).

Historia familiar: hay pruebas de que la enfermedad bipolar es familiar. El posible modo de transmisión genética, vinculación genética de subgrupos bipolares a un antígeno leucocitario

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

humano o a la región de la ceguera cromática del cromosoma X (17). y más recientemente en un estudio de una comunidad cerrada (endogámicos) de Amisch, se propone un modelo de transmisión genética ligada al cromosoma 11; así los marcadores biológicos de vulnerabilidad genética son áreas de activo interés de investigación (24).

Neurobioquímica de las alteraciones afectivas

Existe una serie de observaciones que validan el papel genético y bioquímico de las alteraciones afectivas. Aunque no exista todavía un modelo de transmisión genética válido, se han hecho importantes aproximaciones mediante estudios de genética poblacional, de gemelos y en comunidades cerradas.

Las primeras evidencias bioquímicas se relacionaron con estudios farmacológicos. Se observó que la reserpina indujo depresión en un grupo importante de sujetos. En este mismo sentido se ha encontrado que hay un número significativo de otros agentes farmacológicos que reducen la biodisponibilidad de las aminas biogénicas en la hendidura sináptica que pueden precipitar un cuadro depresivo.

En la misma época, se estudiaron los efectos de dos fármacos: la iproniazida y la imipramina. La primera en pacientes tuberculosos cuyo estado anímico mejoró independientemente del cuadro de base. Posteriormente se supo que este tiene un efecto inhibitor de la monoamino-oxidasa; de esta manera su efecto antidepresivo parece estar relacionado con la capacidad que tiene para inhibir la destrucción de las catecolaminas y de esta manera aumentar la disponibilidad de las mismas en la sinapsis. En el caso de la imipramina (inicialmente desarrollada como neuroléptico), esta parece ejercer su acción mediante un efecto de inhibición sobre la recaptura de las monoaminas. Esto trae como consecuencia un aumento en la disponibilidad de estos neurotransmisores en la hendidura sináptica.

En base a esto, Schildkraut postuló la hipótesis monoaminérgica de las alteraciones afectivas, en donde la depresión está bioquímicamente determinada por una baja en la norepinefrina, mientras que la manía está dada por un exceso de este neurotransmisor. Sin embargo, esta hipótesis aunque tiene aspectos útiles a nivel teórico mantiene discrepancias con lo postulado.

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

Se ha sugerido que existe una acción sinérgica de norepinefrina y serotonina (5-HT). Se piensa que la 5HT es un neurotransmisor que funciona en el sentido "trofotrópico" más acorde con las funciones del sistema parasimpático, mientras que la norepinefrina se considera más en un contexto "ergotrópico", en relación con la respuesta al estrés y con la agresión y, en este sentido, más en relación con las funciones simpáticas. Así, la depresión puede estar relacionada con una función adrenérgica reducida en combinación con una función aumentada de la 5-HT (24).

En la depresión pueden estar alterados algunos metabolitos de la 5-HT a nivel central. Estas alteraciones indican la probabilidad de una deficiencia de la 5-HT y de una hipoactividad del sistema serotoninérgico. Esta alteración central probablemente desempeña un papel importante en la patogénesis de la depresión. Los compuestos que potencian la 5-HT como los precursores triptófano y 5HTP, tienen una utilidad terapéutica en algunas formas de depresión.

En esta línea, en la cual se han estudiado los neurotransmisores y sus metabolitos, se llegó a concluir que los datos observados eran el efecto de una modificación en los mecanismos de regulación sinápticos, por lo que las estrategias de investigación, en el caso de las hipótesis monoaminérgicas se enfocaron a la sensibilidad y al número de receptores pre y postsinápticos. Respecto a los receptores adrenérgicos, éstos se han considerado hiporresponsivos como resultado de una serie de pruebas neuroendocrinas en donde los patrones de respuesta ante estímulos específicos están aplanados.

En el caso de los receptores a la 5-HT, se observó que existía una clara asociación entre los receptores presinápticos de 5-HT y los sitios de unión a imipramina. En este sentido se ha observado disminución de la densidad en los sitios de unión de la imipramina en las plaquetas de los pacientes deprimidos, que puede relacionarse con una baja en la biodisponibilidad de la 5-HT (25).

Otro neurotransmisor que se ha relacionado con las alteraciones afectivas es la acetilcolina. Janowsky y cols., revisaron las evidencias clínicas que apoyan la relación de la acetilcolina con la depresión. Propusieron que, especialmente en las alteraciones afectivas bipolares puede existir una hipersensibilidad o un aumento de tono colinérgico, que es un

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

marcador de estado con una baja del tono noradrenérgico en la depresión, mientras que en la hipomanía o en la manía podría observarse el fenómeno contrario. Se planteó que el efecto antidepresivo que se observa tempranamente en algunos enfermos deprimidos puede estar relacionado con las propiedades anticolinérgicas de los antidepresivos heterocíclicos (24).

Algunos pacientes con depresión presentan acortamiento de la latencia al primer episodio del sueño de movimientos oculares rápidos. Esta etapa del sueño, según la hipótesis de Hobson y McCarley, es iniciada por la acetilcolina, después de decaer el tono noradrenérgico (25).

Sitaram y cols., administraron infusiones de colinomiméticos a humanos sanos y demostraron que efectivamente, se acortaba de manera importante la latencia al primer sueño MOR. Sin embargo cuando se efectuó la infusión a pacientes con antecedentes de depresión, se encontró que aunque éstos estuvieran en remisión (eutímicos), se presentaba un acortamiento más pronunciado de la latencia al sueño MOR, mayor que el observado en los controles sanos y que sin embargo un grupo de sujetos sanos con antecedentes familiares de primer grado de depresión, mostraron también un acortamiento importante para esta latencia al sueño MOR, lo cual se traduce en que esta hiperactividad del sistema acetilcolinérgico podría ser una marcador de rasgo (25).

Es interesante notar que existen otros tratamientos no farmacológicos antidepresivos, con los cuales se puede abordar el problema de los mecanismos fisiopatológicos de los trastornos afectivos y que han sido estudiados en los pacientes con trastorno bipolar: la terapia electroconvulsiva (TEC) la terapia de privación de sueño y la fototerapia. Aunque parece probable que las drogas antidepresivas y la TEC pueden disparar la manía, esta información es controvertida. Varios experimentos han demostrado que la pérdida de sueño puede inducir o intensificar los episodios de manía o hipomanía en ciertos individuos bipolares predispuestos (37); se ha observado en la manipulación del sueño disminución en el número y la sensibilidad de este tipo de receptores a las catecolaminas, aunque también existen cambios en los receptores serotoninérgicos (24).

Personalidad

La personalidad es una construcción hipotética, un concepto que pretende proponer explicaciones de la psicología del sujeto desde un marco teórico preestablecido. En la clínica, no hay, pues, ninguna posibilidad de observación inmediata de la personalidad, sino que su tipificación es el producto de una inferencia, del establecimiento mental de una categoría a partir de las características y de las conductas de cada sujeto (35).

La defensa que Eysenck hace del rasgo como construcción descriptiva de base estadística es de sentido común y coincide con la idea de que cada individuo tiende a comportarse de una manera congruente con lo que suponemos su "modo de ser". Hay, pues, alguna base empírica para aventurar que en cada persona hay mecanismos psicológicos y conductas idiosincráticas que configuran su identidad, aunque también hay encendidas polémicas sobre la consistencia del genio y del figura a lo largo del tiempo, pues también es de dominio público que la vida y los años van cambiando a la gente hasta extremos imposibles de preveer por las teorías psicológicas. En cualquier caso, es un hecho que las personas son distintas entre sí, y por eso, Eysenck propone como objeto de la psicología el estudio de las diferencias individuales y no la obtención de leyes para la predicción abstracta de la conducta.

Una de las más importantes teorías de la personalidad fundamentada en la noción de rasgo es la teoría factorial de Catell, que propone 16 factores dicotómicos para la descripción de los individuos, así como 4 factores de segundo orden, de modo que cada individuo podría ser descrito a través de un perfil configurado por su predisposición temperamental (incluyendo su inteligencia), su vida emocional y su manera de interactuar con el medio (que se concreta sobre todo en la interacción con sus semejantes) (35).

La personalidad no es otra cosa, sino la resultante última e integral de esa unidad biopsicosocial que es el hombre, la forma final en que se han integrado, en un individuo singular, aquellos elementos biológicos heredados, las experiencias psicológicas vividas y las circunstancias sociales en que ha fraguado su existencia.

Von Weizäcker ha señalado, agudamente, que la enfermedad, cualquier enfermedad, se halla incrustada siempre en la biografía del enfermo. Es decir, se presentará en un momento dado y afectará al individuo según sea la circunstancia en que lo encuentre y según sea la

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

etapa biográfica -más que puramente biológica- que atraviere. Esto es no tan sólo un pensamiento elegante y bien formulado, sino una realidad clínica de indudable validéz (21).

Desarrollo de un modelo psicobiológico de la personalidad

La personalidad se define como la organización dinámica de los sistemas psicobiológicos del individuo que determinan sus ajustes únicos para con su entorno. Por aprendizaje se entiende a la organización del comportamiento como resultado de la experiencia individual. Por lo tanto las diferencias individuales entre los sistemas adaptativos involucrados en la recepción, procesamiento y almacenamiento de las experiencias definen la personalidad en general (26).

En los primates se describen dos tipos de sistema de memoria. Las experiencias conscientes representadas como palabras, imágenes o símbolos sobre hechos y eventos que guardan un significado explícito y que se relacionan entre sí, y que las podemos conscientemente recordar, verbalizar y actuarlas. Así como también existe la memoria basada en recuerdos inconscientes e implícitos que involucran un procesamiento presemántico perceptual que codifica información visoespacialmente estructurada y con valor afectivo; dicho procesamiento perceptual puede operar independientemente de los procesos conceptualmente abstractos e intencionales (30).

Los modelos de personalidad previos fallaban en distinguir los distintos aspectos de la memoria porque se derivaban del análisis factorial del comportamiento, sin considerar sus variantes biológicas y sociales. En este modelo psicobiológico de la personalidad, cuatro dimensiones involucran respuestas a estímulos perceptuales, probablemente reflejando bases heredables en el procesamiento de la información por la memoria perceptual. Estas 4 dimensiones se agrupan dentro de lo expresado como temperamento, en contraste con tres dimensiones que están basadas en conceptos, descritas como carácter (26).

El carácter se refiere a conceptos y diferencias individuales en metas y valores que guían elecciones y tienen influencias en el significado que el individuo les da a las experiencias de la vida. Las diferencias en el carácter se encuentran moderadamente influenciadas por el aprendizaje sociocultural y maduran de manera progresiva a lo largo de la vida.

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

Cada uno de estos aspectos de la personalidad interactúan para promover una adaptación a las experiencias de la vida y a la vez guardan influencia en la susceptibilidad del individuo hacia trastornos emocionales y del comportamiento (26).

Temperamento.

Las dimensiones del temperamento se definieron en términos de las diferencias individuales en el aprendizaje asociativo en respuesta a la novedad, al peligro y al castigo o la recompensa.(8, 3).

El primer factor de temperamento, **búsqueda de la novedad**, es visto como un factor heredable que determina el inicio o activación de comportamientos, como la exploración en respuesta a una novedad, la toma de decisiones de manera impulsiva, o la extravagancia en búsqueda de una recompensa, así como también involucra a una rápida pérdida del temperamento, y a una evitación activa ante la frustración. El segundo factor del temperamento, **evitación al daño**, es visto como un rasgo heredable sobre la inhibición o terminación de comportamientos, tales como una preocupación pesimista ante la anticipación de problemas futuros, conductas pasivas y evasivas como miedo a la incertidumbre, timidez ante desconocidos y facilidad para cansarse. El tercer factor de temperamento, **dependencia a la recompensa**, es visto como un rasgo heredable sobre el mantenimiento o continuación de comportamientos, y se manifiesta como sensibilidad, necesidad de vinculación social y dependencia en la aprobación de otras personas (5, 8, 31).

La evitación al daño sirve como una influencia moduladora sobre la búsqueda de la novedad y de la recompensa, ocasionando una inhibición de la exploración de situaciones poco familiares o inseguras, así como hacia una evitación pasiva del castigo o de la no recompensa. Como resultado de esta influencia moduladora, los efectos del medio ambiente sobre el comportamiento de evitación al daño, son compartidos por las tres dimensiones (3, 5).

Bases biológicas de la dimensión de búsqueda de la novedad.

Los individuos que en esta dimensión puntúan más alto que el promedio de la población, se caracterizan por ser impulsivos, exploratorios, extravagantes, volubles, temperamentales, excitables, curiosos, entusiastas, exuberantes, desordenados y turbulentos.

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

Tienden a interesarse con facilidad en actividades novedosas, pero no se fijan en los detalles, y se distraen o aburren fácilmente. También son fácilmente provocables y se preparan rápidamente para pelear o huir. En contraste los individuos que puntúan más bajos que el promedio de la población en esta dimensión, se caracterizan por preocuparse con frecuencia de detalles pequeños y necesitan de un tiempo considerable para tomar decisiones. Son descritos como reflexivos, rígidos, leales, estoicos, sobrios, ordenados indiferentes, poco curiosos, poco entusiastas, frugales, reservados, tolerantes de la monotonía y persistentes (3 8). Se piensa que estos rasgos reflejan la variación del sistema cerebral "estimulante" o de activación del comportamiento (5).

Cloninger propuso que las variaciones individuales en esta dimensión son mediadas por variaciones genéticas en la transmisión de dopamina (20).

Los cuerpos de las células dopaminérgicas localizadas en el cerebro medio, reciben aferencias de varias fuentes y luego proyectan impulsos hacia el cerebro anterior, actuando como camino común y final para el sistema de activación del comportamiento (5).

Esta activación del comportamiento se relaciona con la exploración de nuevos estímulos ambientales, en busca de recompensas potenciales. Así como también está relacionado con la evitación activa de la monotonía o del castigo potencial. Dicha activación del comportamiento se asocia con un patrón particular de excitación fisiológica, específicamente con un aumento de la frecuencia cardíaca y con una disminución del umbral sensorial (3, 5, 8).

La activación de este comportamiento requiere tanto de la integración sensorial y motora, como de la dirección del comportamiento hacia estímulos nuevos o placenteros.

La amígdala se relaciona con la evitación activa y la preparación hacia la huida o lucha, en conjunción con la corteza y el hipotálamo. Las aferencias hacia los cuerpos dopaminérgicos incluyen vías ascendentes de la formación reticular, y descendentes del hipotálamo con retroalimentación de la corteza cerebral por vía de la amígdala y del caudado (3, 5, 8).

Recientemente fue demostrada una asociación significativa de esta dimensión con un polimorfismo exónico particular: el alelo repetido 7 en el locus para el gen del receptor a

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

dopamina D4, significando la primera asociación replicada entre un locus genético específico involucrado en la neurotransmisión y un rasgo de personalidad normal (20).

Bases biológicas de la dimensión de evitación al daño.

Los individuos que puntúan más alto en esta dimensión que el promedio de la población, se caracterizan por ser precavidos, tensos, aprensivos, temerosos tímidos inhibidos, nerviosos, indecisos, desanimados, inseguros, pasivos, negativos o pesimistas, preocupones y fácilmente fatigables. Sin embargo aquellos que son más bajos que el promedio son confiados, optimistas, relajados, desinhibidos, despreocupados, energéticos, abiertos y expansivos, libres de preocupaciones, atrevidos, valerosos y serenos.

Se piensa que estos rasgos reflejan variaciones del sistema cerebral "castigador" o inhibitorio del comportamiento, el cual incluye al sistema septohipocampal, proyecciones serotoninérgicas del núcleo del rafé del tallo cerebral, y proyecciones colinérgicas hacia la neocorteza frontal desde el área ventral del tegmento y del núcleo basal de Meynert (3, 8).

Las neuronas ascendentes serotoninérgicas del núcleo del rafé se proyectan hacia el sistema límbico, incluyendo al septum y al hipocampo, así como la corteza prefrontal.

Las proyecciones ascendentes serotoninérgicas de los núcleos dorsales del rafé hacia la sustancia nigra, inhiben a las neuronas dopaminérgicas nigro estriadas que son esenciales para la inhibición de la actividad bajo señales de castigo o de frustraciones al no haber recompensa.

En respuesta a estímulos nuevos que no están acompañados de recompensas o de ausencias de castigos, las proyecciones colinérgicas del área ventral tegmental y de los núcleos basales de la amígdala la excitan la corteza frontal y estimulan la liberación de hormonas relacionadas con el estrés como la corticotropina y cortisol.

A su vez las proyecciones frontoestriadas reducen la actividad exploratoria al inhibir las neuronas dopaminérgicas del núcleo caudado (5).

Nelson y Cloninger reportaron una correlación inversa significativa entre las calificaciones de la dimensión de evitación al daño y los valores del I-LSD plaquetario (20).

Bases biológicas de la dependencia a la recompensa.

Los individuos que son en esta dimensión más altos que el promedio de la población, son descritos clínicamente como deseosos de ayudar a los demás, persistentes trabajadores,

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

cariñosos, tiernos, dedicados, dependientes, cálidos, simpáticos, sensibles a respuestas sociales y capaces de retrasar la gratificación con la expectativa de eventualmente ser recompensados, por lo general a donde vayan encuentran personas que les agradan. En contraste, aquellos que son más bajos que el promedio de la población son descritos como socialmente aislados, fríos, prácticos, cerrados y emocionalmente independientes. Responden a recompensas prácticas como el dinero, pero son insensibles a reforzamientos sociales y rápidamente se hacen indiferentes y terminan actividades o relaciones que no son gratificantes, rara vez inician la comunicación con otros y prefieren guardar sus distancias, ya que con frecuencia tienen dificultad para encontrar cosas en común con los demás (3, 5, 8).

Se piensa que estos rasgos reflejan la variación de un tercer sistema cerebral que se ha postulado como facilitador en la adquisición de señales condicionadas hacia la recompensa o evitativas del castigo o por lo tanto aumentan las resistencias ante la extinción del comportamiento (4).

La norepinefrina aparece como el principal neuromodulador de este sistema, y puede jugar un papel crítico en el aprendizaje y memoria de asociaciones nuevas.

Las principales vías ascendentes noradrenérgicas provienen del locus ceruleus en el puente y se proyectan hacia el hipotálamo y estructuras del sistema límbico, incluyendo a la amígdala, al septum y a la formación hipocámpal para después ramificarse hacia toda la neocorteza.

El número de las neuronas noradrenérgicas es pequeño, pero estas se proyectan a casi toda la región cerebral mediante una red elaborada de axones con un gran número de colaterales de finas fibras (5).

Persistencia.

Los individuos con puntajes altos tienden a ser diligentes, trabajadores, persistentes y estables a pesar de la frustración y el cansancio. Intensifican su esfuerzo en respuesta a la recompensa anticipada, con facilidad se ofrecen cuando existe algo que hacer y se muestran abiertos a comenzar el trabajo asignado. Tienden a percibir la frustración y el cansancio como un reto personal, no se dan fácil por vencidos, y de hecho tienden a trabajar de más cuando

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

son criticados o confrontados sobre errores en su trabajo. Estas personas tienden a ambicionar logros y están dispuestos a realizar sacrificios para conseguir el éxito, esto es particularmente evidente cuando su trabajo no es reconocido. En estas situaciones, éstas personas tienden a estar más determinados a triunfar. Un individuo altamente persistente tiende a ser un perfeccionista y adicto al trabajo que se presiona más allá de lo que es necesario. Estas personas manifiestan un nivel alto de perseverancia y por lo general se mantienen en la manera de hacer algo que alguna vez resultó exitoso. Una persistencia alta es una estrategia de comportamiento adaptativa cuando la recompensa es intermitente y las contingencias permanecen estables. Sin embargo cuando las contingencias cambian rápidamente la perseverancia se vuelve mal adaptativa.

Los individuos con puntajes bajos en esta son indolentes, poco activos, poco confiables, inestables y erráticos. Rara vez intensifican sus esfuerzos aún en respuesta a una recompensa anticipada. Estas personas rara vez se ofrecen para algo que no tiene que hacer y por lo general son lentos en comenzar el trabajo, aún cuando este sea sencillo. Tienden a darse por vencidos con facilidad al enfrentarse ante frustraciones, críticas, obstáculos y cansancio. Estas personas por lo general están satisfechas con sus logros y rara vez se esfuerzan por cosas mejores. Con frecuencia son descritos como mediocres, personas que probablemente podrían alcanzar más pero nunca se esfuerzan más de lo necesario. Los individuos con persistencia baja, son pragmáticos que aceptan compromisos sin responsabilidad. Manifiestan un bajo nivel de perseverancia y de comportamiento repetitivo, aún ante recompensas intermitentes.

Carácter.

Los estudios etológicos también sugieren que el aprendizaje conceptual, conciente e introspectivo se desarrolló del aprendizaje preconceptual del cual se basa el temperamento (8). En este modelo se define al desarrollo del carácter en términos de un aprendizaje introspectivo o la reorganización de autoconceptos. Por introspección se entiende a la organización conceptual de la percepción y se define como la comprensión interna de las

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

relaciones externas. El aprendizaje introspectivo involucra el desarrollo de una nueva respuesta adaptativa como resultado de una reorganización conceptual de la experiencia (6, 7, 26).

Desde esta perspectiva, el desarrollo de la personalidad es visto como un proceso epigenético y reiterativo, en el que inicialmente los factores temperamentales hereditarios motivan el aprendizaje introspectivo de conceptos propios que a su vez modifican el significado y respuesta hacia los estímulos percibidos (7, 26).

En el desarrollo de los conceptos propios que definen a un individuo se pueden distinguir tres puntos principales:

1. La persona se identifica como individuo autónomo.
2. La persona se identifica como parte integral de la sociedad y de la humanidad.
3. La persona se identifica como una parte integral de la unidad de todas las cosas (universo).

Cada aspecto de estos conceptos propios del individuo corresponden a cada una de las dimensiones del carácter:

Autodirección.

Cooperatividad.

Autotrascendencia (8)

El concepto básico de la dimensión de la autodirección, se refiere a la determinación y fuerza de voluntad del individuo, o bien a la habilidad de un individuo para controlar, regular y adaptar su comportamiento de acuerdo a valores y metas individuales.

Los individuos con puntajes altos son descritos como maduros, efectivos, por ejemplo son capaces de adaptar su comportamiento de acuerdo a metas individualmente elegidas y líderes bien organizados, fuertes, autosuficientes, responsables, confiables, constructivos, son descritos como poseedores de una buena autoestima, con la capacidad de reconocer sus errores y de aceptarse tal y como son, con el sentimiento de que sus vidas tienen un sentido y significado, son capaces de retrasar la gratificación con tal de lograr su meta, y logran mostrar iniciativa ante retos.

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

En contraste los individuos con puntajes bajos tienen una baja autoestima, culpan a los demás por sus problemas, se sienten inseguros sobre su identidad o propósito y con frecuencia son reactivos, dependientes y sin recursos, frágiles, destructivos, poco efectivos, irresponsables, poco confiables y poco integrados, dichos sentimientos de baja autoestima e inferioridad, han sido descritos como inmaduros o “infantiles”, parecen carecer de un principio de organización interna el cual les hace difícil lograr definir, establecer y perseguir metas significativas, en cambio experimentan planes y proyectos menores, variados y cortos que ninguno puede desarrollarse al punto de una realización y significado personal (8).

El segundo factor de carácter: cooperatividad, está formulado en la capacidad de la identificación de las diferencias individuales y de la aceptación de las demás personas.

Los individuos con una cooperatividad positiva, son descritos como socialmente tolerantes, empáticos, compasivos, justos y con la capacidad de brindar ayuda, seguridad, apoyo y servicio a los demás, mientras que los individuos con cooperación negativa son descritos como socialmente intolerantes, desinteresados en los demás, vengativos críticos egoístas, egocéntricos, oportunistas e incapaces de ayudar; estos individuos tienden a ver primero por ellos mismos que por los demás, por lo que tienden a ser desconsiderados con los derechos y sentimientos de los demás (8).

La autotrascendencia se refiere generalmente a la identificación con todo lo concebido como esencial y como partes consecuentes de un todo unificado. Lo anterior concierne a un estado de conciencia única en la que todo es parte de una totalidad. No existe un “self” individual porque no existe una distinción importante entre individuos, la persona es conciente de formar parte integral de la evolución del cosmos. Esta perspectiva unitaria puede ser descrita como la aceptación, identificación o unión espiritual con la naturaleza y sus fuentes (7, 8, 26).

Los individuos con puntajes altos en esta escala son descritos como brillantes, con sabiduría, pacientes creativos, desinteresados, espirituales, poco pretenciosos y satisfechos. Tienden a tolerar la ambigüedad y la incertidumbre. Pueden disfrutar la mayoría de las actividades sin tener que saber su desenlace, ni tener la necesidad de controlar la situación. Muchos de estos individuos sienten que los hechos de la vida se van dando siguiendo un

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

proceso natural. Piensan que su espiritualidad les ha ayudado a comprender el verdadero significado de sus vidas. Impresionan a los demás como personas sencillas, modestas y humildes capaces de aceptar el fracaso aún cuando sienten que se esforzaron al máximo y son capaces de agradecer tanto sus logros como las derrotas.

En contraste los individuos con puntajes bajos son orgullosos, ensimismados, materiales, impacientes, poco imaginativos, sin capacidad de apreciar el arte e insatisfechos con su vida. No pueden tolerar la ambigüedad, la incertidumbre y las sorpresas. Buscan tener el mayor control posible de la situación. Impresionan a los demás como individuos incapaces de satisfacerse con lo que tienen.

Esquema general del ITC

Temperamento

Búsqueda de la novedad (Novelty Seeking: NS)

NS1 Excitabilidad exploratoria vs. rigidez.

NS2 Impulsividad vs. reflexión.

NS3 Extravagancia vs. discreción.

NS4 Desorden vs. restricción.

Evitación al daño (Harm Avoidance: HA)

HA1 Preocupación anticipada vs. optimismo.

HA2 Miedo a lo incierto vs. confianza.

HA3 Timidez a los desconocidos vs. confianza.

HA4 Fatigabilidad y astenia vs. vigor.

Dependencia a la recompensa (Reward Dependence: RD)

RD1 Sensibilidad vs. insensibilidad.

RD3 Apego vs. separación.

RD4 Dependencia vs. independencia.

Persistencia

RD2 Persistencia vs. irresolución.

Carácter.

Autodirección (Self-directedness: SD)

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

SD1 Responsabilidad vs. culpabilidad.

SD2 Determinación v.s sin dirección.

SD3 Con recursos vs. apatía.

SD4 Autoaceptación vs. lucha interna.

SD5 Congruencia con ideales.

Cooperatividad (Cooperativeness: C)

C1 Aceptación social vs. intolerancia.

C2 Empatía vs. desinterés social.

C3 Capacidad de ayuda vs. incapacidad.

C4 Compasión vs. venganza.

C5 Integridad vs. falta de escrúpulos.

Autotrascendencia (Self-transcendence: ST)

ST1 Concentración creativa vs. conciencia.

ST2 Identificación transpersonal.

ST3 Aceptación espiritual vs. materialismo.

Planteamiento del problema

- ¿ Existen características de personalidad específicas en los pacientes con Trastorno bipolar?
- ¿ Influyen estas características en la evolución de los pacientes con dicho padecimiento?

Justificación

El curso natural de los trastorno bipolares es difícil de determinar en la actualidad, debido a que la mayor parte de los pacientes reciben terapéutica (antidepresiva o antimaniaca) de algún tipo, y esta intervención aparentemente ha acortado la duración de los episodios (individuales), además de alterar la pauta de periodicidad. Las descripciones de los episodios maníacos previos son la mejor fuente de información sobre los episodios futuros (19). Perris observó que aquellos que presentaron inicialmente episodios maníacos mostraban en su evolución un mayor porcentaje de cuadros maníacos. La duración espontánea de las fases es de 4 a 8 meses como parece deducirse de los datos de la primera parte del siglo. Los datos actuales sitúan el promedio de duración de 1.5 y 3 meses, y es mayor para los cicladores rápidos o con sintomatología mixta (media 14 semanas), que para las que presentan solamente sintomatología depresiva (media de 9 semanas) o sintomatología maniaca (media de 4 semanas) (35). Las predicciones sobre la evolución futura del paciente que experimenta un primer episodio maniaco son vagas por fuerza (15).

Es de gran importancia el identificar y evaluar los factores de riesgo en la evolución y respuesta al tratamiento. La búsqueda de estos factores ha puesto de manifiesto el extenso camino que hace falta por recorrer en el manejo adecuado de este tipo de pacientes.

Al reevaluar el tratamiento profiláctico con litio en el trastorno bipolar se ha mostrado que a pesar de su uso (desde los años 60s) no ha habido reducción en el número de admisiones para episodios maníacos, permaneciendo iguales e incluso incrementándose (19); aunque el carbonato de litio sigue siendo el tratamiento de elección para los trastornos afectivos bipolares, hay mayor reconocimiento que una substancial proporción de pacientes no muestran una respuesta completa (23). La probabilidad eventual de recurrencia permanece

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

del todo elevada aún con profilaxis con litio (la probabilidad de al menos una recurrencia excedió al 70% en 5 años de seguimiento) (9). Shapiro (1989) reportó: para pacientes bipolares, que el carbonato de litio reduce claramente el riesgo para episodios futuros, pero al menos un tercio de los pacientes mantenidos con litio experimentaron recurrencias significativas (28), en otros estudios se ha reportado que 10% a 15% de los sujetos maniacos responden insuficientemente a la medicación y siguen manifestando, en crisis o de manera crónica, signos clásicos del trastorno (15); más del 90% de los sujetos que tienen un episodio maniaco único presentará futuros episodios (5), y Goldberg (1995) observó que: sólo 41% del grupo bipolar tuvo en general una buena respuesta a los 4.5 años de seguimiento (14).

En relación a los eventos de la vida como factores de riesgo se ha reportado en algunos estudios, que no tienen relación con el inicio del trastorno bipolar (27), y tienen el papel de precipitantes sólo para episodios tempranos (18).

Las diferencias raciales no han mostrado ser factores de importancia. (10).

Aunque no se ha demostrado una clara diferencia en la clase social de este tipo de pacientes, si se ha observado una asociación entre el trastorno bipolar y el logro social en familiares (36).

Tampoco se ha detectado ningún patrón estacional consistente (29).

Un estudio de los perfiles de personalidad de pacientes deprimidos estudiados después de recuperarse de la depresión mostraron una mayor introversión, neuroticismo, culpa y dependencia en comparación con la puntuación de los pacientes bipolares y de la población normal (17).

En un estudio de recaídas en sujetos con trastornos afectivos en terapia con litio se demostró que los pacientes con trastorno de personalidad tuvieron mayor frecuencia de recaídas y mayor tiempo de hospitalización pudiendo representar a un grupo de sujetos con trastorno afectivos con mala respuesta de terapia a litio (13). Por el contrario se describen en la literatura también casos diagnosticados como trastornos de personalidad en varias admisiones hospitalarias que al ser cuidadosamente evaluados se revela la evidencia de un trastorno afectivo bipolar (34). Diversos estudios sugieren que puede existir un alto grado de comorbilidad entre trastornos bipolares y rasgos de personalidad maladaptativos o trastornos

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

de personalidad (22). Los más frecuentemente reportados en un estudio fueron: evitativo, obsesivo-compulsivo, paranoide y límite (12).

La determinación de las características de personalidad pudieran tener alguna futura aplicación para la predicción de riesgo, evolución y respuesta al tratamiento de pacientes con trastorno afectivo bipolar.

Objetivo

Determinar las características de personalidad de los pacientes con Trastorno bipolar y establecer si guardan alguna relación con la evolución del padecimiento.

Hipótesis

Los pacientes con Trastorno bipolar difieren en sus características de personalidad de la población general.

La evolución de los pacientes con Trastorno bipolar se asocia a sus características de personalidad.

Hipótesis nula

Los pacientes con Trastorno bipolar son semejantes en sus características de personalidad al resto de la población.

La evolución de los pacientes con Trastorno bipolar es independiente sus características de personalidad.

Material y métodos

Diseño: en base a la estructura de la investigación se trata de un estudio abierto, longitudinal, observacional y retrospectivo.

Universo de estudio: pacientes de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" con diagnóstico de Trastorno bipolar.

Tamaño de la muestra: 20 sujetos con diagnóstico de Trastorno bipolar y 20 sujetos de grupo control asignados en forma secuencial.

Grupo experimental

Criterios de inclusión: pacientes de ambos sexos entre 18 y 60 años que cumplan criterios de la APA (DSM-IV) para Trastorno bipolar.

Afecto eutímico al momento de la entrevista (y aplicación del Inventario de Temperamento y Carácter).

Que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión: padecimientos orgánicos y de abuso de alcohol y otras sustancias.

Grupo control

Criterios de inclusión: familiares de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" entre 18 y 60 años de edad que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión: enfermedad mental diagnosticada o evidente.

Definición de variables.

Trastorno bipolar: en base a los criterios de la APA (DSM-IV) para el diagnóstico de Trastorno bipolar, a través de la Entrevista Estructurada (SCID) en su capítulo para Trastornos afectivos.

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

Criterios para el diagnóstico de Trastorno bipolar I.

- A. Actualmente (o en el episodio más reciente) se cumplen los criterios, excepto en la duración, para un episodio maníaco, un episodio hipomaníaco, un episodio mixto o un episodio depresivo mayor.
- B. Previamente se han presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.
- C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- E. Los síntomas afectivos en los Criterios A y B no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a una enfermedad médica.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno bipolar II.

- A. Presencia (o historia) de uno o más episodios depresivos mayores.
- B. Presencia (o historia) de al menos un episodio hipomaníaco.
- C. No ha habido ningún episodio maníaco ni un episodio mixto.
- D. Los síntomas afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- E. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social/laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Curso evolutivo: Edad de inicio, número de episodios en el último año, número de hospitalizaciones, tipo de episodios (depresivo y maníaco, sólo maníaco o mixto), tiempo de la última hospitalización.

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

Temperamento y carácter: Determinados mediante el Inventario de Temperamento y Carácter (ITC) de Cloninger.

Este instrumento consiste de 240 items que en forma auto-aplicable se responden como verdadero (V) o falso (F) según se identifique o no quien lo contesta con el enunciado propuesto. Siendo indispensable el contestarlo en su totalidad con sólo una de las opciones.

Validez de la prueba

Esta se realizó a través de: escala de items infrecuentes, secuencia de respuestas, escala de items comunes y escala de items no comunes, item 230 (donde se da al respondedor la oportunidad de afirmar o negar su honestidad en sus respuestas).

Confiabilidad de la prueba.

Para escalas de autoevaluación como esta, la medida más usada para demostrar su confiabilidad es la consistencia interna del instrumento, medida por el coeficiente alfa de Cronbach, así como el test retest y finalmente la evaluación realizada por el clínico. Para cada uno de estos criterios las escalas del ITC muestran una confiabilidad de moderada a alta.

La traducción al español de la versión original de Cloninger del Inventario de Temperamento y Carácter y su evaluación (tanto de la consistencia interna como de la estructura factorial) considerando cada una de las escalas y subescalas se realizó en el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Para analizar la consistencia interna del instrumento global y de cada una de sus escalas y subescalas se utilizó el alfa de Cronbach. Para determinar la concordancia de la estructura del instrumento se realizó un análisis factorial. Ambos resultados fueron comprobados con la consistencia interna y análisis.

Método

20 pacientes de la consulta externa del hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" de la ciudad de México aceptaron participar en el estudio. La muestra consistió de 5 hombres y 15 mujeres con edad promedio de 36 años (DE=13.32). Todos los pacientes cumplieron criterios diagnósticos para Trastorno bipolar tipo 1 o 2 en base a la entrevista estructurada en su capítulo de Trastornos afectivos DSM-IV de la APA; se les aplicó el Inventario de Temperamento y Carácter ITC y se llenó una ficha de identificación incluyendo las variables sociodemográficas de sexo, edad, estado civil, ocupación, edad de inicio, edad a la primera hospitalización, número de hospitalizaciones, número de ciclos en el último año, tiempo de evolución, frecuencia de hospitalizaciones (en años), antecedentes de terapia electroconvulsiva (TEC) y antecedentes de intento suicida; también se incluyeron antecedentes familiares psiquiátricos y tratamiento actual.

20 sujetos formaron al grupo control, 7 hombres y 13 mujeres con edad promedio de 30.6 (DE=10.6), siendo en su mayoría familiares de pacientes que acuden a la consulta externa del hospital, aceptando todos participar en el estudio y contestar en forma completa el ITC.

Se realizó el análisis estadístico mediante la prueba de *t* comparando ambas muestras en las diferentes dimensiones de temperamento y carácter.

También se aplicó prueba de *t* en el subgrupo de pacientes con mayor frecuencia de hospitalizaciones comparados con aquellos de menor; y se compararon las variables sociodemográficas de aquellos pacientes con puntuación más alta con aquellos de más baja puntuación en la dimensión estadísticamente significativa.

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

Resultados

Los resultados al calificar el instrumento en ambos grupos: pacientes con trastorno bipolar (n=20) y sujetos control (n=20) respectivamente se reportaron para 7 dimensiones (4 de temperamento y 3 de carácter). Cuadro 1.

Cuadro 1. Puntajes obtenidos en las 7 dimensiones del ITC para los pacientes con Trastorno bipolar (B).

REGISTRO	NS	HA	RD	PE	SD	CO	ST
1 B	22.00	17.00	10.00	3.00	30.00	18.00	9.00
2 B	14.00	15.00	14.00	4.00	42.00	35.00	22.00
3 B	22.00	14.00	15.00	2.00	32.00	32.00	11.00
4 B	13.00	11.00	10.00	5.00	23.00	21.00	18.00
5 B	20.00	10.00	11.00	5.00	39.00	30.00	12.00
6 B	17.00	13.00	13.00	6.00	18.00	29.00	26.00
7 B	18.00	14.00	19.00	1.00	27.00	30.00	25.00
8 B	18.00	28.00	15.00	2.00	21.00	29.00	22.00
9 B	12.00	21.00	12.00	6.00	27.00	28.00	17.00
10 B	18.00	12.00	17.00	4.00	29.00	30.00	23.00
11 B	24.00	10.00	23.00	8.00	36.00	34.00	18.00
12 B	14.00	10.00	10.00	4.00	37.00	26.00	13.00
13 B	18.00	13.00	15.00	7.00	29.00	25.00	26.00
14 B	19.00	15.00	14.00	5.00	15.00	32.00	28.00
15 B	15.00	17.00	14.00	7.00	36.00	36.00	11.00
16 B	15.00	16.00	12.00	5.00	25.00	24.00	22.00
17 B	23.00	20.00	15.00	3.00	17.00	27.00	27.00
18 B	20.00	11.00	18.00	3.00	39.00	35.00	12.00
19 B	23.00	21.00	14.00	1.00	26.00	33.00	12.00
20 B	18.00	6.00	13.00	4.00	37.00	31.00	14.00

NS (búsqueda de la novedad), HA (evitación al daño), RD (dependencia a la recompensa), PE (persistencia), SD (autodirección), CO (cooperatividad), ST (autotrascendencia).

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

Cuadro 1 (continuación). Puntajes obtenidos en las 7 dimensiones del ITC por los sujetos del grupo control (C).

REGISTRO	NS	HA	RD	PE	SD	CO	ST
21 C	18.00	17.00	11.00	3.00	35.00	30.00	6.00
22 C	14.00	10.00	14.00	6.00	35.00	37.00	19.00
23 C	15.00	12.00	18.00	4.00	40.00	34.00	9.00
24 C	15.00	7.00	13.00	7.00	35.00	27.00	15.00
25 C	10.00	16.00	16.00	3.00	35.00	33.00	13.00
26 C	17.00	6.00	14.00	8.00	35.00	28.00	12.00
27 C	14.00	26.00	7.00	2.00	21.00	23.00	14.00
28 C	17.00	20.00	16.00	4.00	23.00	30.00	26.00
29 C	10.00	24.00	11.00	5.00	28.00	30.00	16.00
30 C	12.00	5.00	16.00	6.00	36.00	35.00	21.00
31 C	19.00	16.00	10.00	5.00	40.00	29.00	10.00
32 C	19.00	10.00	17.00	7.00	21.00	26.00	30.00
33 C	16.00	20.00	14.00	5.00	19.00	25.00	26.00
34 C	21.00	18.00	19.00	1.00	26.00	30.00	6.00
35 C	15.00	14.00	13.00	6.00	33.00	24.00	6.00
36 C	12.00	12.00	16.00	8.00	30.00	35.00	29.00
37 C	9.00	9.00	16.00	7.00	40.00	39.00	18.00
38 C	18.00	6.00	13.00	6.00	37.00	36.00	6.00
39 C	18.00	7.00	12.00	3.00	40.00	33.00	6.00
40 C	18.00	15.00	12.00	4.00	41.00	32.00	9.00

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

15 de los 20 pacientes con Trastorno bipolar fueron del sexo femenino con una edad promedio en ambos sexos de 36 años (DE=13.32).

Sólo 4 de los pacientes tenían pareja al momento del estudio (50% H y 50% M) de un total de 13 que en algún momento de su vida la tuvieron. 16 pacientes con ocupación (de estos 7 dedicados al hogar y 2 estudiantes) y 4 sin ella.

La edad promedio de inicio del padecimiento fue de 23.4 años (DE=8.9) y la de la primera hospitalización 26.8 años (DE=11.8) (4 pacientes con trastorno bipolar tipo 2 sin hospitalizaciones previas). El número total de hospitalizaciones fue en promedio 3.12 (DE=2.02), el de ciclos en el último año (con o sin hospitalizaciones) fue de 1.15 (DE=0.87) y el promedio del tiempo de evolución de 12.6 años (DE=11.61).

Se dividió el tiempo de evolución del padecimiento entre el número de hospitalizaciones totales, obteniendo así la frecuencia aproximada de recaídas en años (T/H) promediando 6.9 (DE=10.8); dos pacientes sin embargo con un T/H de 29 y 39 años, que al no ser incluidos reducen dicha cifra a 3.04 (DE=1.9).

De los 20 pacientes sólo 3 habían recibido terapia electroconvulsiva (TEC) previa: 2 pacientes en una ocasión y 1 paciente en dos. 6 pacientes tenían antecedentes de intento suicida: 2 de uno, 2 de dos, 1 de tres y 1 de cinco.

Entre los antecedentes familiares los más frecuentes resultaron ser: alcoholismo (n=4) y enfermedad bipolar en familiares de primer grado (n=4); y en menor proporción enfermedad psicótica no especificada (n=3), epilepsia (n=1) y ansiedad (n=1).

16 de los pacientes se encontraban en tratamiento con litio al momento del estudio con rango de dosis desde 300 hasta 1800 mg/día (9 de ellos con algun otro psicofármaco), 3 pacientes con carbamazepina y 1 con oxcarbazepina.

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

Cuadro 2. Variables sociodemográficas y características clínicas de los pacientes con Trastorno bipolar.

No. Paciente	Tipo Bipolar	Sexo	Edad	Edo. Civil	Ocupación	Edad de inicio	Edad 1a. Hospital	No. Hospital
1	2	M	19	Soltero	Estud.	18	-	-
2	1	M	51	Casado	Emplead	27	27	4
3	1	M	30	Soltero	Albañil	17	18	3
4	1	M	33	Soltero	Contado	27	27	3
5	1	M	54	Casado	Marmol	15	54	1
6	1	F	46	Madre S	Ninguna	15	28	5
7	1	F	24	U Libre	Hogar	17	17	2
8	1	F	21	UL (separada)	Hogar	16	16	6
9	2	F	29	UL (s)	Ninguna	19	-	-
10	1	F	20	Soltera	Hogar	17	17	5
11	2	F	45	Soltera	Traduct.	42	-	-
12	1	F	54	Casada	Hogar	25	50	1
13	1	F	39	Divorc.	Hogar	21	21	3
14	2	F	62	Viuda	Hogar	42	-	-
15	1	F	21	Soltera	Danza	18	21	1
16	1	F	21	Soltera	Enfermera	18	18	2
17	1	F	43	Casada (separ)	Ninguna	17	17	8
18	1	F	42	Madre soltera	Ninguna	38	38	3
19	1	F	27	UL (s)	Secret.	25	25	1
20	1	F	39	Casada (separ)	Hogar	34	35	2

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

Cuadro 2 (continuación). Variables sociodemográficas y características clínicas de los pacientes con Trastorno bipolar.

No. Paciente	Ciclos al año	Tiempo evolución	T/H	TEC	Intento suicida	Antecedentes	Tratamiento
1	1	1.25	-	No	No	Ninguno	Litio
2	1	24	6	No	No	Ninguno	Litio + NLP
3	0	12	4	2	No	Ninguno	Litio + NLP
4	2	6	2	No	No	Alcohol	Litio + NLP
5	1	39	39	No	No	Psicosis	Litio
6	1	31	6.2	1	1	Alcohol	Litio + NLP
7	1	7	3.5	No	No	Bipolar	Litio + NLP
8	1	5	0.8	No	1	Bipolar	Litio + NLP
9	1	10	-	No	2	Alcohol	Litio + NLP
10	1	3	0.6	No	No	Ninguno	Litio + NLP
11	4	4	-	No	No	Alcohol	Litio
12	1	29	29	No	No	Ninguno	Litio
13	1	8	6	No	3	Ninguno	CBZ
14	2	20	-	No	No	Bipolar	Litio
15	1	3	3	No	No	Psicosis	Litio + NLP
16	1	3	1.5	No	No	Ninguno	Litio
17	1	26	3.25	1	5	Ansiedad	CBZ
18	2	4	1.33	No	2	Psicosis	OxCBZ
19	0	2	2	No	No	Bipolar	Litio
20	0	5	2.5	No	No	Epilepsia	CBZ

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

Los promedios de las variables: edad actual, edad de inicio del padecimiento, edad a la primera hospitalización, número de hospitalizaciones, ciclos en el último año, tiempo de evolución del trastorno y la frecuencia de recaídas expresada como el tiempo de evolución dividido entre el número total de hospitalizaciones (T/H) se muestran en el cuadro 3.

Cuadro 3. Promedio y desviación estándar de algunas variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes con Trastorno bipolar.

Variable	Promedio	D.E.
Edad	36	13.32
Edad de Inicio	23.4	8.9
Edad 1a. Hospitalización	26.8	11.8
Número de Hospitalizaciones	3.12	2.02
Ciclos en último año	1.15	.87
Tiempo de Evolución	12.6	11.61
T/H	3.04	1.9

La comparación de los promedios obtenidos en las dimensiones del ITC entre el grupo de casos y el grupo de controles por medio de prueba *t* se muestran en el cuadro 4.

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

Cuadro 4. Comparación de los promedios de las 7 dimensiones del ITC de los pacientes con Trastorno bipolar y grupo control.

Dimensión	Grupo	Media	D.E.	Prueba t	Significancia
NS	Bipolar	18.15	3.54	2.56	p<0.05
	Control	15.35	3.37		
HA	Bipolar	14.7	5.02	0.67	no significativa
	Control	13.5	6.14		
RD	Bipolar	14.2	3.25	0.30	no significativa
	Control	13.9	2.93		
PE	Bipolar	4.25	1.97	1.20	no significativa
	Control	5.0	1.97		
SD	Bipolar	29.25	7.93	1.36	no significativa
	Control	32.5	7.13		
CO	Bipolar	29.25	4.73	1.06	no significativa
	Control	30.8	4.47		
ST	Bipolar	18.4	6.31	1.54	no significativa
	Control	14.85	8.08		

Como se observa no hubo diferencia estadísticamente significativa en las dimensiones de evitación al daño (HA), dependencia a la recompensa (RD), persistencia (PE), autodirección (SD), cooperatividad (CO) y autotrascendencia (ST) con $p > 0.05$. En cambio, si la hubo en la dimensión de búsqueda de la recompensa (NS) con $p < 0.05$ entre los grupos de pacientes con Trastorno bipolar y grupo control.

Al comparar el subgrupo de casos de acuerdo a la frecuencia de hospitalizaciones (T/H) utilizando la mediana (3 años) no se encontró diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones del ITC (Cuadro 5).

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

Cuadro 5. Resultados prueba *t* de pacientes con alta y baja frecuencia de recaídas.

Dimensión	Grupo	Media	D.E.	Prueba <i>t</i>	Significancia
NS	Bipolar ↑	18.58	3.84	0.65	p>0.05 no significativa
	Bipolar ↓	17.5	3.16		
HA	Bipolar ↑	14.33	3.62	0.37	no significativa
	Bipolar ↓	15.25	6.88		
RD	Bipolar ↑	14.25	3.74	0.08	no significativa
	Bipolar ↓	14.12	2.58		
PE	Bipolar ↑	4.5	2.06	0.26	no significativa
	Bipolar ↓	3.87	1.88		
SD	Bipolar ↑	29.08	8.84	0.11	no significativa
	Bipolar ↓	29.5	6.92		
CO	Bipolar ↑	28.8	4.58	0.48	no significativa
	Bipolar ↓	29.87	5.19		
ST	Bipolar ↑	19.5	7	0.95	no significativa
	Bipolar ↓	16.75	5.09		

Bipolar ↑ Frecuencia de hospitalizaciones mayor a 3 años (n=12).

Bipolar ↓ Frecuencia de hospitalizaciones cada 3 o menos años (n=8).

Al compararse aquellos pacientes con puntuaciones más altas (n=8) en la dimensión de NS con aquellos con puntuaciones más bajas (n=12) se encontró diferencia estadísticamente significativa a la aplicación de prueba *t* entre ambos grupos (cuadro 6), sin que se hallara ninguna relación significativa con alguna de las variables sociodemográficas antes descritas se observó que 3 (75%) de los 4 pacientes con trastorno bipolar tipo 2 quedaron incluidos en el grupo de pacientes con puntuación más alta de dicha dimensión, que sólo uno (1/8) se

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

mantenía con su pareja al momento del estudio, que 2 pacientes (66% del total de 3) habían recibido TEC y que 2 de 6 habían tenido antecedentes de intento suicida en este mismo grupo.

Cuadro 6. Resultados prueba *t* de pacientes con alta y baja puntuación en la dimensión NS.

Dimensión	Grupo	Media	D.E.	Prueba <i>t</i>	Significancia
NS	Bipolar ↑	21.62	1.76	6.12	p<0.01
	Bipolar ↓	15.83	2.24		

Bipolar ↑ Puntuación mayor a 18.

Bipolar ↓ Puntuación igual o menor a 18.

Los promedios obtenidos en el grupo de pacientes con trastorno bipolar y grupo control de este estudio se compararon con los encontrados por Cloninger en sujetos de raza blanca y negra y los reportados en población mexicana en el IMP (cuadro 7)

Cuadro 7. Comparación de promedios obtenidos en las 7 dimensiones del ITC en los pacientes con Trastorno bipolar, grupo control, muestra de Cloninger y población mexicana (IMP).

Escala	Bipolares	Control	Cloninger				IMP
			H Blanca	M Blanca	H Negra	M Negra	
NS	18.15	15.35	13.7	13.0	13.0	12.0	20.2
HA	14.7	13.5	10.6	12.9	11.6	13.2	12.6
RD	14.2	13.9	12.9	14.5	12.5	12.8	13.9
PE	4.25	5	5.6	5.6	5.2	5.4	4.7
SD	29.25	32.5					29.9
CO	29.25	30.8					28.22
ST	18.4	14.85					16.4

Discusión

Al comparar los diferentes grupos (pacientes con Trastorno bipolar, grupo control, muestra de Cloninger, población mexicana) se aprecia que la escala de temperamento con mayor diferencia es la búsqueda de la novedad (NS) para todas las muestras de sujetos; es importante señalar que el promedio del grupo control de este estudio se asemejó (en su puntuación) más en esta dimensión a los reportados por Cloninger que a los reportados en población mexicana (IMP); y que el grupo de pacientes con trastorno bipolar se acercó más a esta última población (IMP).

Esto podría deberse más bien al tipo de población que se eligió para la aplicación del instrumento que a verdaderas diferencias de tipo étnico y cultural. Dentro de los tipos de población estudiados por Cloninger los hombres de raza blanca fueron los que más se asemejaron al promediar los resultados (en la dimensión de NS) con los del grupo control del presente estudio.

Al considerar el total de las dimensiones de temperamento (búsqueda de la novedad, evitación al daño, dependencia a la recompensa y persistencia) no se encuentran semejanzas constantes (en las puntuaciones) entre las diferentes poblaciones (grupo control, sujetos estudiados por Cloninger, sujetos estudiados en población mexicana) aunque tampoco llegan a diferir en forma alarmante.

Los datos encontrados sugieren que las dimensiones: evitación al daño (HA), dependencia a la recompensa (RD), persistencia (PE), auto-dirección (SD), cooperatividad (CO) y auto-trascendencia (ST) del Inventario de temperamento y carácter de Cloninger no se afectan aparentemente en pacientes con trastorno bipolar durante la fase asintomática (es decir, sin presencia de episodio maníaco, hipomaníaco, mixto o depresivo actual) del padecimiento.

La dimensión de búsqueda de la novedad (NS), en cambio, aparentemente distingue a los pacientes con trastorno bipolar en la fase asintomática, de un grupo control con el que fue comparado.

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

Estos hallazgos sugieren que esta dimensión puede ser considerada un factor de riesgo de personalidad para este trastorno, lo cual se complementa con otros estudios donde se había observado que la dimensión de evitación al daño (HA) (reflejando cambios en el sistema septohipocampal serotoninérgico) tiene aparentemente una participación importante en la evolución de los trastornos afectivos, comportándose incluso como escala clinimétrica en el curso de la depresión, diferenciando respondedores de no respondedores a farmacoterapia (16).

Finalmente podemos señalar, como se ha hecho mención en las actuales clasificaciones que el Trastorno bipolar se encuentra posiblemente en un espectro más cercano a los padecimientos psiquiátricos con falla base en el sistema dopaminérgico como es el caso de las psicosis en general y de la esquizofrenia en particular, que a los trastornos afectivos mismos (con alteración neurobioquímica principalmente serotoninérgica y colinérgica) y que la dimensión de HA debe interpretarse como indicador de grado de depresión (y tal vez también de manía) durante la fase sintomática del trastorno, por lo que en posteriores estudios la aplicación del Inventario de temperamento y carácter ITC con mediciones concurrentes de metabolitos de serotonina, norepinefrina y dopamina podrían ayudar a clarificar las cada vez más complejas relaciones entre la personalidad y otros trastornos psiquiátricos desde la perspectiva biológica y conductual.

Con respecto al curso clínico de los pacientes con Trastorno bipolar no se encontraron diferencias estadísticamente significativa en alguna de las 7 dimensiones de personalidad, entre aquellos con frecuencia de hospitalizaciones cada más de 3 años de aquellos con frecuencia de hospitalizaciones cada 3 o menos años.

Así mismo, tampoco se observó dentro de las variables sociodemográficas alguna constante, cuando se compararon aquellos pacientes con mayor puntuación en la dimensión de búsqueda de la novedad (NS) con aquellos con menor puntuación.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en este estudio nos permiten concluir:

- 1) que la dimensión de búsqueda de la novedad (NS) del Inventario de temperamento y carácter (ITC) de Cloninger podría representar un factor de riesgo de fácil medición para la presencia del Trastorno bipolar (y tal vez la predisposición al mismo)
- 2) que el curso clínico del trastorno no se asocia a alguna de estas dimensiones de personalidad aparentemente.
- 3) que las puntuaciones en la dimensión de búsqueda de la novedad no se asocia a alguna de las variables revisadas en este estudio.
- 4) y finalmente se propone que en posteriores estudios tal vez se puedan hallar diferencias entre el trastorno bipolar tipo 1 y el tipo 2 utilizando el ITC.

Se requiere de mayores muestras de sujetos tanto en población sana como enferma para determinar el verdadero peso de las características de personalidad en la presentación y evolución de los padecimientos psiquiátricos y tal vez en el futuro obtener verdaderos marcadores biológicos de fácil identificación para la clasificación y mejor tratamiento de los padecimientos mentales.

Son muchos los factores que intervienen en la aparición de la enfermedad psiquiátrica, cualquiera que sea esta; en este trabajo se observó sólo uno de ellos: la personalidad, en un padecimiento específico: el Trastorno bipolar.

Bibliografía

- 1) Ackernecht H; Breve historia de la psiquiatría. Buenos Aires 1964: 12-17.
- 2) Asociación Psiquiátrica Americana APA; DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson,S.A. Barcelona 1996: 323-399.
- 3) Cloninger R.; A systematic method for clinical description and classification of personality variants. Arch Gen Psychiatry 1987; 44 (6): 573-588.
- 4) Cloninger R.; A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. Psychiatr Dev 1986; 3:167-226.
- 5) Cloninger R.; Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. Science 1987; 236: 410-416.
- 6) Cloninger R., S. Giligan S.; Neurogenetic mechanism of learning a phylogenetic perspective. J Psychiatr Res 1987; 21:457-472.
- 7) Cloninger R., Przybeck T.; The tridimensional personality questionnaire: U.S. Normative data. Psychological Reports 1991; 69:1047-1057.
- 8) Cloninger R., Svrakic D.; A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry 1993; 50(12): 975-990.
- 9) Coryell W., Endicott J.; The likelihood of recurrence in bipolar affective disorder: the importance of episode recency. J Affect Dis 1995; 33:201-206.
- 10) Chung H., Mhaler J.; Racial differences in treatment of psychiatric inpatientes. Psychiatr-Serv 1995; 46(6): 586-91.
- 11) Flaherty, Channon-Davis; Psiquiatría. Editorial Panamericana.
- 12) Flick SN, Byrne PP.; DSM III-R personality disorders in a mood and anxiety disorders clinic: prevalence, comorbidity and clinical correlates. J Affect Disord 1993; 27(2):71-9.
- 13) Gasperini M, Scherillo P.; Study of relapses in subjects with mood disorder on lithium treatment. Eur-Neuropsychopharmacol 1993; 3 (2):103-10.
- 14) Goldberg F., Harrow M.; Course and outcome in bipolar affective disorder: a longitudinal follow-up study. Am J Psychiatry 1995; 152: 379-384.
- 15) Goldman H.; Psiquiatría general. 2a. edición, Manual moderno. México 1989: 349-360.

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

-
- 16) Joffe R, Bagby M.; The tridimensional personality questionnaire in major depression. *Am J Psychiatry* 1993; 150(6): 959-61.
 - 17) Kaplan H., Sadock B. J.; *Tratado de psiquiatría*. Masson-Salvat, 1992: 754-762.
 - 18) McPherson H.; Life events and relapse in established bipolar affective disorder. *Br J of Psychiatry* 1993;163: 381-385.
 - 19) Moncrieff J.; A Re-examination of the placebo-controlled trials of lithium prophylaxis in maniac-depressive disorder. *Br J of Psychiatry* 1995; 167: 569-574.
 - 20) Novick E., Dopamine D4 receptor (D4DR) exon III polymorphism associated with the human personality trait of Novelty seeking. *Nature Genetics* 1996; 12 (1):78-80.
 - 21) Patiño J; *Psiquiatría clínica*, 2a. edición, Salvat México: 158-170.
 - 22) Peselow DE, Sanfilipo MP.; Relationship between hypomania and personality disorders before and after successful treatment. *Am J Psychiatry* 1995; 152 (2):232-8.
 - 23) Post R.; Prophylaxis of bipolar affective disorders. *International Review of Psychiatry* 1990; 2: 277-320.
 - 24) Salín-Pascual R., Ortega H.; *Manual de psicoquímica*. Cedis , Mex. 1989: 155-160.
 - 25) Salín-Pascual R, Ayala P.; Estudio de las alteraciones del sueño en la depresión y modelos que las explican. *Rev Psiquiatría* 1987; 3:35-45.
 - 26) Sánchez de Carmona. Tesis para obtener el título como Psiquiatra General. Validación del Instrumento de temperamento y carácter. UNAM 1995.
 - 27) Sclare P., Creed F.; Life events and the onset of mania. *Br J of Psychiatry* 1990; 156: 508-514.
 - 28) Shapiro D.; Responce to maintenance therapy in bipolar illness. *Arch. Gen Psychiatry* 1989; 46 (5): 401-406.
 - 29) Silverstone T., Romans S.; Is there a seasonal pattern of relapse in bipolar affective disorders? *Br J of Psychiatry* 1995; 167: 58-60.
 - 30) Squire L.R., Sola-Morgan S; The medial temporal lobe memory system. *Science* 1991; 253:1380-86.

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

-
- 31) Stallings M, Cloninger R., Eaves L.; Genetic and environmental structure of the tridimensional personality questionnaire: three or four temperament dimensions? *Journal of Personality and Social Psychology* 1996; 70 (1):127-140.
 - 32) Svrakic D., Przybeck T. and Cloninger C.; Mood states and personality traits. *Journal of Affective Disorders* 1992; 24: 217-226.
 - 33) Svrakic D., Whitehead C.; Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 1993; 50(12): 991-999.
 - 34) Tyrer-SP, Brittlebank-AD.; Misdiagnosis of bipolar affective disorder as personality disorder. *Can-J-Psychiatry* 1993; 38(9):587-9.
 - 35) Vallejo Ruiloba; *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 3a. edición. Salvat México 1992: 188, 482-495, 508.
 - 36) Verdoux H.; Social class in unipolar and bipolar probands and relatives. *J Affect* 1995 ;33:181-187.
 - 37) Wehr T., Sleep loss: A preventable cause of mania and other excited states. *J. Clin Psychiatry* 1989; 50 (Suppl 12): 8-15.

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

Anexo 1 ITC

1. Con frecuencia hago cosas nuevas sólo por diversión o nada más para sentir la emoción, aún cuando la mayoría de la gente piense que es una pérdida de tiempo	V	F
2. Por lo general estoy confiado en que todo va a salir bien, aún en situaciones que preocupan a la mayoría de la gente.	V	F
3. Con frecuencia me conmuevo profundamente ante un buen discurso o un poema.	V	F
4. Con frecuencia siento que soy víctima de las circunstancias.	V	F
5. Por lo general puedo aceptar a los demás tal y como son, aún cuando sean muy diferentes a mí.	V	F
6. Creo que los milagros pueden suceder.	V	F
7. Disfruto vengarme de las personas que me hacen daño.	V	F
8. Con frecuencia, cuando estoy concentrado en algo, se me olvida el paso del tiempo.	V	F
9. Con frecuencia siento que mi vida tiene poco sentido o significado	V	F
10. Me gusta ayudar a encontrar una solución a los problemas, para que todo mundo salga beneficiado.	V	F
11. Probablemente podría conseguir más de lo que hago, pero no le veo sentido a presionarme más de lo necesario.	V	F
12. Me siento frecuentemente tenso y preocupado en situaciones poco comunes, aún cuando los demás sientan que no hay de que preocuparse.	V	F
13. Con frecuencia hago las cosas de acuerdo a como me siento en el momento, sin pensar como se hicieron en el pasado.	V	F
14. Por lo general hago las cosas a mi manera, sin ceder a los deseos de los demás.	V	F
15. Con frecuencia me siento tan en contacto con la gente de mi alrededor, que es como si no existiera separación entre nosotros.	V	F
16. Por lo general no me caen bien las personas que tienen ideas diferentes a las mías.	V	F
17. En la mayoría de las situaciones, mi manera natural de responder se basa en las buenas costumbres que he desarrollado.	V	F

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

18. Haría casi cualquier cosa legal para ser rico y famoso, aún cuando perdiere la confianza de muchos viejos amigos.	V	F
19. Soy mucho más reservado y controlado que la mayoría de la gente.	V	F
20. Con frecuencia dejo de hacer las cosas por que me preocupa que algo salga mal.	V	F
21. Me gusta hablar abiertamente con mis amigos de mis experiencias y sentimientos, en lugar de callármelos.	V	F
22. Tengo menos energía y me canso más rápido que la mayoría de la gente.	V	F
23. Con frecuencia me dicen que estoy en la luna porque me meo tanto en las cosas que hago, que pierdo noción de todo lo demás.	V	F
24. Es raro que me sienta con libertad para hacer lo que quiero.	V	F
25. Con frecuencia tomo en cuenta los sentimientos de los demás como si fueran míos.	V	F
26. La mayoría de las veces prefiero hacer algo arriesgado como manejar un automóvil a gran velocidad en barrancas y curvas peligrosas, en lugar de quedarme tranquilo e inactivo por unas horas.	V	F
27. Con frecuencia evito conocer extraños por que no tengo confianza con la gente que no conozco.	V	F
28. Me gusta complacer lo más que puedo a las personas	V	F
29. Prefiero hacer las cosas a la "antigua", en lugar de probar métodos nuevos y mejorados.	V	F
30. Por lo general no puedo hacer las cosas de acuerdo a su prioridad por falta de tiempo.	V	F
31. Con frecuencia hago cosas para proteger de la extinción a los animales y las plantas.	V	F
32. Con frecuencia desearía ser más inteligente que los demás.	V	F
33. Me produce placer el ver sufrir a mis enemigos.	V	F
34. Me gusta ser muy organizado y, siempre que pueda imponer reglas a la gente.	V	F
35. Me cuesta trabajo seguir en la misma actividad por mucho tiempo porque otras cosas me distraen.	V	F
36. La práctica me ha dado una base sólida que me protege contra los impulsos del momento o de dejarme convencer.	V	F

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

37. Por lo general tengo tanta determinación en lo que hago, que sigo trabajando aún cuando la mayoría ya se hubiera rendido.	V	F
38. Me fascinan las cosas que no tienen una explicación científica.	V	F
39. Tengo muchas malas costumbres que me gustaría poder cambiar.	V	F
40. Por lo general espero a que alguien más me solucione los problemas.	V	F
41. Con frecuencia me gasto el dinero hasta que se acabe o me lleno de deudas para seguir gastando.	V	F
42. Pienso que tendré muy buena suerte en el futuro.	V	F
43. Me recupero más lentamente que la mayoría de la gente, de las enfermedades sencillas y del estrés.	V	F
44. No me molestaría estar sólo todo el tiempo.	V	F
45. Con frecuencia, cuando estoy relajado, siento que "me cae el veinte" o que me entiendo mejor.	V	F
46. Me tiene sin cuidado si no le caigo bien a la gente o si no le parece la manera en la que hago las cosas.	V	F
47. Por lo general trato de conseguir lo que quiero para mí, porque de cualquier modo no es posible satisfacer a todos.	V	F
48. No tengo paciencia con la gente que no acepta mis puntos de vista.	V	F
49. Me cuesta trabajo entender a la mayoría de la gente.	V	F
50. No es necesario ser deshonesto para triunfar en los negocios.	V	F
51. A veces me siento tan en contacto con la naturaleza que todo parece ser parte de un sólo ser viviente.	V	F
52. En las conversaciones soy mejor escuchando que hablando.	V	F
53. Pierdo el control más rápido que el resto de la gente.	V	F
54. Cuando tengo que conocer a un grupo de extraños, soy más tímido que la mayoría de la gente.	V	F

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

55. Soy más sentimental que la mayoría de la gente.	V	F
56. Parece como si tuviera un sexto sentido que, en ocasiones, me permite saber qué es lo que va a suceder.	V	F
57. Cuando alguien me hiera de alguna manera, por lo general trato de vengarme.	V	F
58. Mis actitudes están determinadas en gran parte por influencias fuera de mi control.	V	F
59. Cada día trato de dar un paso más hacia mis metas.	V	F
60. Con frecuencia me gustaría ser más fuerte que los demás.	V	F
61. Me gusta pensar mucho tiempo las cosas, antes de tomar una decisión.	V	F
62. Soy más trabajador que la mayoría de la gente.	V	F
63. Con frecuencia necesito de siestas o de periodos adicionales de descanso, porque me canso fácilmente.	V	F
64. Me gusta ser útil a los demás.	V	F
65. Siempre pienso que las cosas saldrán bien, sin importar que tenga que superar cualquier problema pasajero.	V	F
66. Me cuesta trabajo disfrutar cuando gasto dinero en mí, aún cuando tenga ahorrada una buena cantidad.	V	F
67. Por lo general conservo la calma y la tranquilidad, en situaciones que la mayoría de la gente encuentra peligrosas.	V	F
68. Me gusta guardarme mis problemas.	V	F
69. No me importa discutir mis problemas personales con personas que acabo de conocer o que conozco poco.	V	F
70. Prefiero quedarme en casa, que viajar o conocer nuevos lugares.	V	F
71. No creo que valga la pena ayudar a la gente débil, que no pueda valerse por sí misma.	V	F
72. Me da culpa tratar a la gente de manera injusta, aún cuando ellos hayan sido injustos conmigo.	V	F

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

73. Por lo general la gente me dice cómo se siente.	V	F
74. Con frecuencia desearía seguir siendo joven para siempre.	V	F
75. Por lo general me deprimó más que la mayoría de la gente, después de la pérdida de un amigo cercano.	V	F
76. En ocasiones he sentido como si formara parte de algo sin fronteras o límites en el tiempo y el espacio.	V	F
77. En ocasiones siento un contacto espiritual con el resto de la gente que no puedo explicar con palabras.	V	F
78. Trato de ser considerado con los sentimientos de los demás, aún cuando en el pasado hayan sido injustos conmigo.	V	F
79. Me gusta que la gente pueda hacer lo que quiera, sin que existan reglas estrictas o límites.	V	F
80. Probablemente me mantendría tranquilo y abierto al conocer a un grupo de desconocidos, aún cuando se me hubiera dicho que son poco amigables.	V	F
81. Por lo general me preocupo más que el resto de la gente, de que algo salga mal en el futuro.	V	F
82. Por lo general me fijo en todos los detalles antes de tomar una decisión.	V	F
83. Siento que es más importante ser comprensivo y tener compasión con el resto de la gente, que ser demasiado práctico y frío.	V	F
84. Con frecuencia siento un poderoso sentido de unidad con las cosas que me rodean.	V	F
85. Con frecuencia me gustaría tener poderes especiales como los de Superman.	V	F
86. Los demás me controlan demasiado.	V	F
87. Me gusta compartir con otras personas lo que he aprendido.	V	F
88. Algunas experiencias religiosas me han ayudado a entender el verdadero propósito de mi vida.	V	F
89. Con frecuencia aprendo mucho de la gente.	V	F
90. La práctica me ha enseñado a ser bueno en muchas cosas que me ayudan a tener éxito.	V	F

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

91. Por lo general puedo hacer que otras personas me crean, aún cuando sé que lo que digo es exagerado o falso.	V	F
92. Necesito más descanso, apoyo y consuelo que los demás, para recuperarme de enfermedades leves o del estrés.	V	F
93. Sé que existen ciertos principios en la vida, que nadie puede violar sin sufrir a la larga.	V	F
94. No quiero ser más rico que los demás.	V	F
95. Aceptaría con gusto arriesgar mi propia vida, para hacer del mundo un sitio mejor.	V	F
96. Al tomar una decisión prefiero confiar más en mis sentimientos, que detenerme a pensar mucho tiempo.	V	F
97. Algunas veces he sentido que mi vida ha sido dirigida por una fuerza espiritual más grande que cualquier ser humano.	V	F
98. Por lo general disfruto portarme mal con quien ha sido malo conmigo.	V	F
99. Tengo la fama de ser una persona muy práctica y que no se guía por sus emociones.	V	F
100. Me es fácil organizar mis pensamientos, mientras hablo con alguien.	V	F
101. Con frecuencia reacciono tan fuerte ante noticias inesperadas, que luego me arrepiento de las cosas que hago o digo.	V	F
102. Me conmueven profundamente las cosas sentimentales (como cuando me piden ayuda para los niños pobres o enfermos).	V	F
103. Con frecuencia me presiono más que la mayoría de la gente porque quiero hacer las cosas lo mejor que pueda.	V	F
104. Tengo tantos defectos que no me quiero mucho.	V	F
105. Tengo muy poco tiempo para buscar soluciones a largo plazo a mis problemas.	V	F
106. Con frecuencia no me enfrento a los problemas porque no sé qué hacer exactamente.	V	F
107. Con frecuencia me gustaría detener el paso del tiempo.	V	F
108. No me gusta tomar decisiones basado sólo en mis primeras impresiones.	V	F

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

109. Prefiero gastarme el dinero en lugar de ahorrarlo.	V	F
110. Por lo general soy bueno para contar un chiste o hacerles bromas a los demás.	V	F
111. Aún cuando existen problemas en una amistad, siempre trato de conservarla.	V	F
112. Si me apenan o me humillan, me recupero inmediatamente.	V	F
113. Me resulta extremadamente difícil, cambiar mi manera de hacer las cosas porque me pongo tenso, cansado o preocupado.	V	F
114. Por lo general exijo que me den muy buenas razones para cambiar mi manera tradicional de hacer las cosas.	V	F
115. Necesito mucha ayuda de los demás para que me enseñen buenos hábitos.	V	F
116. Creo que las percepciones extrasensoriales (como la telepatía o las premoniciones) son realmente posibles.	V	F
117. La mayor parte del tiempo me gustaría tener conmigo amigos cercanos y afectuosos.	V	F
118. Por lo general insisto en seguir tomando la misma cosa, aún cuando no haya tenido éxito en mucho tiempo.	V	F
119. Casi siempre me mantengo tranquilo y despreocupado aún cuando casi todos los demás tengan miedo.	V	F
120. Me aburren las canciones y las películas tristes.	V	F
121. Las circunstancias me obligan a hacer cosas en contra de mi voluntad.	V	F
122. Me resulta difícil tolerar a las personas que son diferentes a mí.	V	F
123. Creo que la mayoría de los milagros son pura casualidad.	V	F
124. Prefiero ser bueno en lugar de vengativo cuando alguien me hiere.	V	F
125. Frecuentemente me concentro tanto en lo que hago que me olvido en lo demás como si me separara del tiempo y del lugar.	V	F
126. Creo que no tengo claro el propósito de mi vida.	V	F

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

127. Trato de cooperar lo más posible con el resto de la gente.	V	F
128. Estoy satisfecho con mis logros y tengo pocos deseos de mejorar.	V	F
129. Con frecuencia me siento tenso y preocupado en situaciones poco comunes aún cuando otros sientan que no existe algún peligro.	V	F
130. Con frecuencia me guío por mis instintos, corazonadas o intuiciones sin pensar en todos los detalles.	V	F
131. La gente piensa que soy demasiado independiente porque no hago lo que ellos quieren.	V	F
132. Con frecuencia siento un fuerte contacto espiritual o emocional con toda la gente que me rodea.	V	F
133. Es fácil que me caigan bien las personas que tengan valores diferentes a los míos.	V	F
134. Trato de trabajar lo menos posible, aún cuando otras personas esperan más de mí.	V	F
135. Las buenas costumbres se han convertido en parte de mí, y salen de manera natural y espontánea.	V	F
136. No me importa que, con frecuencia, otras personas sepan más que yo sobre algo.	V	F
137. Por lo general, trato de poner en los "zapatos de los demás" para poder entenderlos realmente.	V	F
138. Los principios como la justicia y la honradez, tienen poca importancia en ciertos aspectos de mi vida.	V	F
139. Ahorro mejor el dinero que la mayoría de la gente.	V	F
140. No me dejo decepcionar o frustrar, cuando las cosas no salen bien. Sencillamente prefiero dedicarme a otras actividades.	V	F
141. Por lo general insisto en que las cosas se hagan de un modo ordenado y estricto, aún cuando la mayoría de la gente sienta que no es importante.	V	F
142. En la mayoría de las situaciones sociales estoy confiado y seguro.	V	F
143. A mis amigos les cuesta trabajo conocer mis sentimientos por que rara vez les cuento mis intimidades.	V	F
144. No me gusta cambiar mi manera de hacer las cosas, aún cuando la gente me diga que existe una nueva y mejor manera de	V	F

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

hacerlo.		
145. Pienso que es una tontería el creer en cosas que no pueden ser explicadas científicamente.	V	F
146. Me gusta imaginar a mis enemigos sufriendo.	V	F
147. Tengo más energía y me canso menos rápido que la mayoría de la gente.	V	F
148. Me gusta poner mucha atención en los detalles de todo lo que hago.	V	F
149. Con frecuencia dejo de hacer lo que estoy haciendo por que me preocupo, aún cuando mis amigos me dicen que todo saldrá bien.	V	F
150. Con frecuencia me gustaría ser más poderoso que los demás.	V	F
151. En general me siento libre para elegir lo que quiero hacer.	V	F
152. Con frecuencia me meto tanto en lo que estoy haciendo que se me olvida por un momento donde estoy.	V	F
153. A los miembros de un equipo rara vez les toca lo que les corresponde.	V	F
154. La mayor parte del tiempo preferiría hacer algo peligroso (como brincar con paracaídas o correr en motocicleta), en lugar de quedarme tranquilo e inactivo por algunas horas.	V	F
155. Me cuesta trabajo ahorrar, porque, por lo general gasto mucho dinero a lo tonto, aún cuando se necesita para cosas especiales como unas vacaciones.	V	F
156. No sacrifico nada de mi persona para quedar bien con los demás.	V	F
157. No soy nada tímido con personas desconocidas.	V	F
158. Con frecuencia cedo ante los deseos de mis amigos.	V	F
159. La mayor parte de mi tiempo lo paso haciendo cosas que parecen ser necesarias, pero para mí no son realmente importantes.	V	F
160. No creo que en las decisiones de negocios deban de influir los principios religiosos o éticos sobre lo que está bien o mal hecho.	V	F
161. Con frecuencia hago a un lado mis principios para poder entender mejor lo que le pasa a otras personas.	V	F
162. Muchos de mis hábitos hacen que me sea difícil alcanzar metas que valen la pena.	V	F

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

163. He realizado verdaderos sacrificios personales como tratar de prevenir la guerra, la pobreza, y la injusticia, para hacer del mundo un lugar mejor.	V	F
164. Nunca me preocupo de cosas terribles que puedan pasar en el futuro.	V	F
165. Casi nunca me emociono al grado de perder el control.	V	F
166. Con frecuencia dejo una actividad que requiere más tiempo de lo que había pensado.	V	F
167. Prefiero iniciar las conversaciones en lugar de esperar que otros me hablen.	V	F
168. La mayoría de las veces olvido rápidamente a quien me ha hecho mal.	V	F
169. Mis acciones, en gran parte se determinan por influencias fuera de mi control.	V	F
170. Con frecuencia tengo que cambiar mis decisiones por haber tenido una corazonada equivocada o una primera impresión errónea.	V	F
171. Prefiero esperar a que alguien tome el mando para llevar a cabo las cosas.	V	F
172. Por lo general respeto las opiniones de los demás.	V	F
173. He tenido experiencias que han aclarado mi papel en la vida y me han hecho sentir muy emocionado y feliz.	V	F
174. Me divierte comprar cosas para mí.	V	F
175. Creo que he tenido percepciones extrasensoriales.	V	F
176. Creo que mi cerebro no funciona adecuadamente.	V	F
177. Mi comportamiento se rige por ciertas metas que me he propuesto para mi vida.	V	F
178. Por lo general es tonto favorecer el éxito de otras personas.	V	F
179. Con frecuencia me gustaría vivir para siempre.	V	F
180. Por lo general me gusta no involucrarme y estar a distancia de los demás.	V	F

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

181. Llora con más facilidad que la mayoría de la gente en una película triste.	V	F
182. Me recupero más rápido que la mayoría de la gente de enfermedades sencillas o del estrés.	V	F
183. Con frecuencia, cuando pienso que me puedo salir con la mía, rompo reglas y leyes.	V	F
184. Necesito mucha más práctica en el desarrollo de hábitos positivos, para poder confiar en mi mismo ante situaciones tentadoras.	V	F
185. Me gustaría que los demás no hablaran tanto como lo hacen.	V	F
186. Todas las personas merecen ser tratadas con dignidad y respeto, aún si parecen ser poco importantes o malas.	V	F
187. Me gusta tomar decisiones rápidas, para poder iniciar la acción lo más pronto posible.	V	F
188. Por lo general tengo suerte en las cosas que hago.	V	F
189. Por lo general tengo confianza en mi facilidad para hacer cosas que la mayoría de la gente las considera como peligrosas (como manejar rápido un automóvil en un camino mojado o malo).	V	F
190. No veo el caso en continuar trabajando en algo, a menos de que exista una muy buena oportunidad de éxito.	V	F
191. Me gusta explorar nuevas formas de hacer las cosas.	V	F
192. Me gusta más ahorrar dinero, que gastarlo en diversiones o actividades emocionantes.	V	F
193. Los derechos individuales, son más importantes que las necesidades de la comunidad.	V	F
194. He tenido experiencias personales que me han hecho sentir en contacto con un poder espiritual divino y maravilloso.	V	F
195. He tenido momentos de gran felicidad en los que, de pronto he tenido un claro y profundo sentido de unidad con todo lo que existe.	V	F
196. Los buenos hábitos hacen que me sea más fácil el hacer las cosas del modo que yo quiero.	V	F
197. La mayoría de las personas parecen tener más medios que yo.	V	F
198. Con frecuencia culpo de mis problemas a otras personas o a las situaciones externas.	V	F

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

199. Me da placer ayudar a otros, aún cuando me hayan tratado mal.	V	F
200. Con frecuencia siento que soy parte de una fuerza espiritual de la que dependen toda la vida.	V	F
201. Aún cuando estoy con amigos, prefiero no abrirme demasiado.	V	F
202. Por lo general, puedo mantenerme durante el día listo para cualquier cosa, sin tener que esforzarme.	V	F
203. Casi siempre, pienso en todos los detalles, antes de tomar una decisión, aún cuando los demás demandan una decisión rápida.	V	F
204. Cuando me descubren haciendo algo malo, no soy muy bueno para zafarme del problema.	V	F
205. Soy más perfeccionista que la mayoría de la gente.	V	F
206. Si algo está bien o mal sólo es cuestión del punto de vista.	V	F
207. Creo que, por lo general, mi manera natural de responder va de acuerdo con mis principios y metas a largo plazo.	V	F
208. Creo que toda la vida depende de algún orden o poder espiritual, que no puede ser explicado del todo.	V	F
209. Creo que puedo estar confiado y tranquilo cuando estoy con desconocidos, aún cuando se me dijera que pueden estar enojados conmigo.	V	F
210. A la gente se le hace venir conmigo por ayuda, consuelo y comprensión cálida.	V	F
211. Me cuesta más trabajo que a los demás el entusiasarme sobre nuevas ideas y actividades.	V	F
212. Me cuesta trabajo decir una mentira, aún cuando sea para no herir sentimientos de alguien más.	V	F
213. Existen algunas personas que no me caen bien.	V	F
214. No quiero ser más admirado que el resto de la gente.	V	F
215. Con frecuencia algo maravilloso me ocurre al mirar algo común y corriente, por ejemplo, me llega la sensación de que lo veo por primera vez.	V	F
216. La mayoría de las personas que conozco ven por sus propios intereses sin importarles quién salga herido.	V	F

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

217. Por lo general me siento tenso y preocupado cuando tengo que hacer algo nuevo y poco común.	V	F
218. Con frecuencia me esfuerzo al grado de no poder más, o bien, trato de hacer más de lo que realmente puedo.	V	F
219. Algunas personas piensan que soy muy codoso o tacaño con mi dinero.	V	F
220. Las experiencias místicas probablemente son sólo producto de la mente de las personas que creen en eso.	V	F
221. Tengo poca fuerza de voluntad para resistir tentaciones fuertes, aún cuando sé que me van a traer consecuencias.	V	F
222. Me molesta ver sufrir a quien sea.	V	F
223. Sé lo que quiero hacer de mi vida.	V	F
224. Por lo general tomo tiempo para pensar, si lo que estoy haciendo está bien o mal.	V	F
225. A menos de que sea muy cuidadoso, por lo general salen mal las cosas.	V	F
226. Si me siento decepcionado, por lo general estoy mejor rodeado de amigos que estando sólo.	V	F
227. No creo que sea posible que una persona comparta sentimientos con otra que no haya tenido la misma experiencia.	V	F
228. Con frecuencia los demás piensan que estoy en la luna porque me ven totalmente desconectado de las cosas que suceden a mi alrededor.	V	F
229. Me gustaría ser más guapo que todos los demás.	V	F
230. He mentido mucho en este cuestionario.	V	F
231. Por lo general me alejo de situaciones sociales en las que probablemente conoceré extraños, aún cuando se me asegure que ellos serán amigables.	V	F
232. Me fascina tanto el florecer de la primavera, como volver a ver a un viejo amigo.	V	F
233. Por lo general veo una situación difícil, como un reto u oportunidad.	V	F
234. Las personas que tienen que ver conmigo tienen que aprender a hacer las cosas a mi manera.	V	F

TRASTORNO BIPOLAR Y PERSONALIDAD

235. La deshonestidad, sólo causa problemas si te descubren.	V	F
236. Por lo general me siento con mucha más confianza y energía que la mayoría de la gente, aún después de haber padecido enfermedades sencillas o estrés.	V	F
237. Cuando me piden que firme un documento, me gusta leerlo todo.	V	F
238. Cuando nada nuevo está sucediendo, por lo general me pongo a buscar algo que sea emocionante o estimulante.	V	F
239. Algunas veces me decepciono.	V	F
240. En ocasiones hablo de otras personas a sus espaldas.	V	F

ESTA 7:10:19 NO DEBE
SALIR .STECA